Nr. 6. 6. lutego 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Aurelja SIKORSKA. Kraków.

Zaburzenia równowagi rozpyłków wogóle i w chorobach psychicznych *).

Klinika Neurologiczno-Psychjatryczna w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Jan Piltz.

Serologja w zastosowaniu do neurologji i psychjatrji przedstawia obraz mieszany. Żadna dziedzina wiedzy może w tak szybkiem tempie nie miała tak wysokich wzlotów i tak niskich upadków. Przy czytaniu pracy André Barbé „Examen des alienes" (nouvelles methodes biologiques et cliniques) uderza niezliczona ilość autorów i teorji; teorji, powstających bardzo szybko i jeszcze prędzej ginących; olbrzymia ilość doświadczeń niby objektywnych, ale wadliwie tłumaczonych. Badacze co chwila cieszą się, że odnaleźli klucz do zbadania tajemnic serologicznych, aby inni równie skwapliwie zaprzeczyli jakiejkolwiek wartości ich zdobyczom. Na szczęście pomimo tych fal powrotnych badania nie pozostają bez realnej korzyści i powoli serologja zdaje się zbliżać do prawdy w ocenianiu zjawisk, zachodzących w płynach ludzkiego organizmu.

Wszystkie wyżej wypowiedziane uwagi dają się zastosować i do tak zw. koloidalnych, czyli rozpyłkowych prób badania, np. złotowej próby Langego, będźwinowej Guiliain'a, Lechelle'a, mastiksowej Emanuela, lub jego barwnej modyfikacji — Thurzó przy badaniach płynu mózgo-rdzeniowego.

Próbami temi zajmowałam się wiele w roku zeszłym i wyniki tych prób przedstawiałam kolegom na posiedzeniach referatowych w klinice neurologicznej.

Badania te skłoniły mię do dokładniejszego poznania literatury rozpyłków, a raczej stanów rozpyłkowych materji żywej w stanach normalnych i patologicznych, w szczególności w chorobach nerwowych i umysłowych.

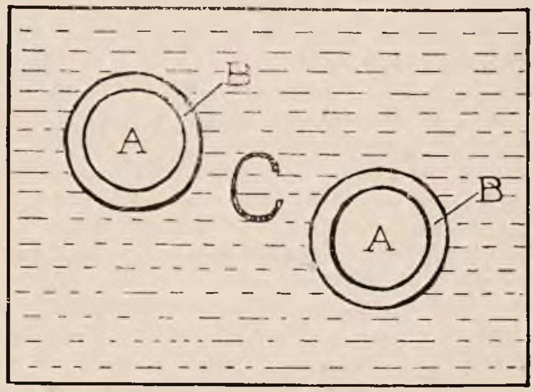
Literatura tej kwestji jest już olbrzymia, do lepszych zaś prac w tej dziedzinie należą: Duclaux „Les colloides", Kopaczewskiego: „Pharmacodynamie des colloides i „Theorie et pratique des colloides en biologie et en medecine", oraz Lumiére'a Augusta: „Theorie colloidale de la biologie et de la pathologie".

Wiadomo, że rozpyłki są to zawiesiny nierozpuszczalnych drobin w jakimś płynie. Większość soków organizmu, oraz tkanek przedstawia właśnie takie naturalne zawiesiny rozpyłkowe, które mogą być otrzymywane częściowo także syntetycznie w postaci tak zw. hydrosoli, zależnie od wybranego płynu, w którym drobiny mają być zawieszone.

Naegeli w płynach koloidalnych, badanych ultramikroskopowo, drobiny nazwał micellami, a płyn otaczający — intermicellarnym.

Lumiére zaś zwraca jeszcze szczególną uwagę na warstwę perimicellarną (otoczkę) zawierającą składniki rozpuszczalne, ale adsorbowane silnie przez drobinę, np. przy przygotowaniu rozpyłku $Fe\,Cy_6\,Cu_2$ (patrz rysunek) drobiny (A) składające się z nierozpuszczalnego $FeCy_6\,Cu_2$; otoczka (B) drobin zawiera rozpuszczalny, ale silnie adsorbowany przez drobinę $Fe\,Cy_6\,K_4$; płyn zaś intermicellarny (C) stanowi woda z pewną domieszką K_2SO_4.

Otoczka drobin ma mieć ogromne znaczenie dla fizycznych własności rozpyłków. Drobiny mają zależnie od rodzaju substancji, z której się składają, ładunek elektryczny dodatni, albo ujemny. Otoczki zaś drobin ładunek odwrotny. Ciekawe doświadczenia w tym kierunku robione były przez M. Macheboef'a. Studjował on drobiny zawiesiny resina benzoe w ultramikroskopie, którego kamera była połączona z biegunami baterji elektrycznej. Otóż z chwilą zamknięcia prądu, drobiny przesuwały się do bieguna dodatniego, ergo miały same ładunek ujemny. Wobec swojego ładunku elektrycznego, drobiny są stale przyciągane i odpychane, a na tem wedle przypuszczenia Smoluchowskiego polega niezmiernie ciekawe zjawisko ruchu brownowskiego drobin, obserwowanego w cieczach rozpyłkowych, a także wogóle utrzymywanie się drobin w zawiesinie. Z chwilą stracenia ładunku elektrycznego w obecności elektrolitów drobiny nie są w stanie utrzymać się w zawiesinie i kłaczkują, opadając nadół. O ile znikoma ilość substancji rozpuszczalnej zawierającej sole i adsorbowanej przez nie rozpuszczalne drobiny może utrzymywać drobiny te w zawiesinie dzięki wzajemnemu odpychaniu się drobin jednakowego ładunku elektrycznego, o tyle znikomy nadmiar tej substancji może tę równowagę naruszyć i wywołać kłaczkowanie drobin.



Budowa rozpyłków
(podług Lumière'a)
A - drobina
B - otoczka
C - płyn międzydrobinowy

Stąd niezwykła zmienność stanów rozpyłkowych w rozpyłkach syntetycznie przygotowanych i organicznych; tak np. metale w stanie rozpyłkowym należą do zawiesin niestałych, które bardzo łatwo kłaczkują w obecności elektrolizy i dlatego też przy najmniejszej niedokładności przygotowania osadzają się.

Taką zawiesiną właśnie jest złoto koloidalne, używane do próby złotowej Langego w płynie mózgo-rdzeniowym, które wobec tego bardzo trudno jest przygotować, ale które posiada za to dodatnie cechy: równość i nieznaczną wielkość drobin, oraz hydrofobję, t. j. raz otrzymane w zawiesinie już nie pochłania wody, i nie zmienia wielkości swych drobin.

Badania wyżej wspomnianych własności rozpyłków, a także ich innych cech fizycznych: zmniejszonej zdolności do dializowania, lepkości napięcia powierzchniowego, koncentracji jonowej, dokonywane zapomocą ultramikroskopu, refraktometrów, nephelometrów i t. p. mają ogromne znaczenie dla zrozumienia stanów normalnych i patologicznych.

Tak stopień lepkości krwi, podług prac Lamy i Mayera, ułatwia albo utrudnia pracę nerek.

Koncentracja jonów wodorowych zwiększa się podług Hoebera, w zapaleniu nerek, a zmniejsza się przy sepsis.

Wskaźnik refraktometryczny zmienia się przy astmie i pokrzywce.

Podług Kopaczewskiego wszystkie narkotyki i środki znieczulające obniżają napięcie powierzchniowe osocza.

Funkcje nerwów rozpyłkowa teorja objaśnia jako skutek modyfikacji w tkankach i sokach organizmu koncentracji jonów wodorowych, które działają jako bodźce.

Jedną zaś z najważniejszych właściwości stanów rozpyłkowych materji w stanach normalnych i patologicznych jest łatwość występowania zaburzeń równowagi rozpyłkowej przez kłaczkowacenie drobin. Lumière uważa, że w żywym organizmie wszystkie płyny rozpyłkowe po pewnym czasie trwania muszą przyjść do skłaczkowacenia czy to w tkankach, czy w sokach. Tkanka, w której doszło do kłaczkowacenia obumiera; o ile to zjawisko odbywa się w rozmiarach niezbyt wielkich, mamy do czynienia ze zwykłem prawidłowem wydalaniem z organizmu nieużytecznych części, o ile odbywa się to w rozmiarach zwiększonych, mamy do czynienia z chorobą przewlekłą czy ostrą, z ostrym czy poronnym wstrząsem anafilaktycznym.

*) Według odczytu wygłoszonego w Towarzystwie Neurologicznem w Krakowie, 5. XI. 1925.

Jeżeli wprowadzimy do krwioobiegu roztwór rozpyłkowy, to, o ile drobiny jego będą dostatecznie duże, niezależnie najczęściej od chemicznego składu koloidu, brutalnie naruszamy równowagę rozpyłkową osocza i tkanek i wywołujemy śmierć zwierzęcia, zawsze wśród tych samych objawów: obniżenia ciśnienia krwi, obniżenia ciepłoty, rozedmy płuc z wybroczynami, opóźnionego krzepnięcia krwi, skłaczania surowicy, sprawdzalnego pod mikroskopem.

Towarzyszą temu drgawki, incontinentio urinae et alvi. Jeżeli jednak roztwór koloidalny, użyty do wywołania wstrząsu anafilaktycznego, będziemy wprowadzać wolno i w małych ilościach, możemy opóźnić wystąpienie wstrząsu, albo otrzymać tylko nieznaczne i przejściowe zaburzenie funkcji, poronny wstrząs anafilaktyczny.

Nie tylko na tej drodze otrzymać możemy zaburzenie równowagi rozpyłkowej.

Zależeć ono będzie i od ładunku elektrycznego wprowadzonych drobin. Podług Icowesco globuliny — najwięcej chwiejne elementy surowicy są elektroujemne.

Przeto wprowadzenie nieznacznych ilości drobin elektrododatnich już zdolne jest naruszyć równowagę rozpyłkową osocza.

Sama ciepłota jest w stanie wywołać to samo. Takiego pochodzenia jest przypuszczalnie śmierć przy udarze słonecznym.

Jak dowodzi zaś świeża praca Góreckiego z Kliniki prof. Gluzińskiego już takie zabiegi, jak bańki, okłady i kąpiele zmieniają stan koloidalny osocza.

Otóż w wielu chorobach badania nephelometryczne i ultramikroskopowe stwierdzają naruszenie równowagi rozpyłkowej osocza.

Tak Peyre zapomocą ultramikroskopu rozróżniał surowice kiłowe, od normalnych. Znajdował on mianowicie, że drobiny w surowicach kiłowych mają zwolnienie ruchu Brownowskiego i zbierają się w grupy, przypominające winne grona. Miałam sposobność przeprowadzać takie badania ultramikroskopowe, które dawały często podobne obrazy. Ma się to czasem zdarzać i przy gruźlicy, czem objaśnia ją częste występowanie dodatniego Wassermanna u chorych z rozpadową gruźlicą.

Dlatego też Lumière uważa cały szereg chorób, polegający na zaburzeniach anafilaktycznych, ostrych lub poronnych, szczególniej w wieku starszym, kiedy rozpyłki w cyklu swojego rozwoju dążą do skłaczkowacenia.

Takby się przedstawiała skaza moczanowa, cukrzyca, co do której Lumière tworzy hipotezę, że nawet normalne produkty skłaczkowacenia mogą drażnić przez zmienione naczynia ośrodek wydzielania cukru i zwiększać ilość tego ostatniego we krwi.

Na mechanizmie podrażnienia ośrodków przez produkty kłaczkowacenia polegałyby i ataki epileptyczne, co by zgadzało się może ze zdaniem holenderskiego badacza epilepsji — Muskensa, który na zasadzie obserwacji i badań eksperymentalnych 2.000 epileptyków dochodzi do przekonania, że drgawki są wyrazem kumulacji toksyn.

Taki byłby mechanizm wstrząsu urazowego, który daje natychmiastowe albo później występujące zmiany ogólnego stanu. Nawet działanie promieni Roentgena i radu objaśnia Lumière kłaczkowaceniem tkanki nowotworowej, zaczem mogłyby przemawiać doświadczenia dokonane przez Bordier'a z niektóremi syntetycznemi koloidami.

Tak objaśniać chce Lumiere i mechanizm wielu chorób umysłowych. To wydaje się być prawdopodobnem na zasadzie badań przeprowadzonych w tym roku w Klinice psychjatrycznej w Krakowie.

Chwiejność zaburzeń psychotycznych odpowiadałaby może chwiejności stanów rozpyłkowych tkanek i osocza. Tem może moglibyśmy objaśnić sobie nieomal zupełne wyzdrowienie przy psychozach długo trwających np. schizofrenji, gdzie często badania anatomiczne z ich zwiewnemi wynikami nie dają nam dostatecznego objaśnienia.

Należałoby tylko dociekać, jakie czynniki wywołują zaburzenia równowagi rozpyłkowej i szukać środków uodpornienia organizmu na te bodźce.

Lumière zaznacza w swojej pracy, że porobił już pewne doświadczenia w tym kierunku z dobrym skutkiem, ale jeszcze ma zbyt mały materjał, aby go uogólnić.

Prawdopodobnie wielką rolę będą tu odgrywać produkty wydzielania wewnętrznego, które podlegają najrozmaitszym wpływom: nawet wzruszenia wystarczają, aby je zmienić.

Do badań i pracy w tym kierunku powinno nas zagrzewać to, że już teraz znamy cały szereg sposobów, torujących drogę do uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego przez wprowadzenie do organizmu dostatecznej ilości takich produktów, jak pepton, lecytyna, dwuwęglany alkaliczne lub wody mineralne.

A. Wł. ELMER i J. KĘDZIERSKI. Lwów.

Przypadek chromania przystankowego w przebiegu cukrzycy w świetle nowszych badań *).

Z Oddziału W. I. Państw. Szpit. Powsz. (Prymarjusz: Doc. Dr. W. Czernecki), i z Zakładu Farmakologji Doświadczalnej U. J. K. (Kierownik: Prof. Dr. W. Koskowski).

Przypadek chromania przystankowego w przebiegu cukrzycy.

Chorzy na cukrzycę uskarżają się bardzo często na objawy chorobowe ze strony kończyn dolnych jak uczucie chłodu, mrowienia i inne parestezje, trudność w chodzeniu, w końcu na bóle stałe czy przejściowe, rozmaitego nasilenia. Objawy te mogą być różnego pochodzenia. Niekiedy występują te objawy pod obrazem typowego chromania przystankowego *(claudication intermittente* Charcot'a, *dysbasia intermittens angiosclerotica* Erb'a). Badania lat ostatnich nad tem powikłaniem cukrzycy były intensywnie prowadzone i pozwoliły nietylko udoskonalić rozpoznawanie tego powikłania, ale rzuciły one nieco światła na etjologję, patogenezę i leczenie. W naszym przypadku chromania przystankowego postępowaliśmy w myśl tych nowszych praw francuskich.

Chory Wł. S. lat 31. wyznania rz. kat. zarobnik dzienny, zgłosił się na nasz oddział dnia 22. lutego br. z powodu silnych bólów kończyn dolnych i niemożności chodzenia.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie chorób nie przechodził, w późniejszym zaś wieku przechodził drobne infekcje (angina, grypa). Pozatem zawsze czuł się zdrów. Dopiero od trzech miesięcy chory począł odczuwać wzmożone uczucie pragnienia i głodu, oddawał bardzo wiele moczu, odczuwał silne zmęczenie i zauważył wybitnie postępujące schudnięcie. Pozatem skarżył się na kłucia w klatce piersiowej, występujące przy kaszlu, wieczorami gorączkował, a w nocy pocił się. Objawy te ostatnie z czasem ustąpiły. Szczególnie jednak chory zauważył trudność w chodzeniu, bóle w nogach, zwłaszcza w kończynie lewej, odczuwając pozatem rozmaite parestezje. Bóle te były głównie w częściach distalnych kończyn, mianowicie w stopie i łydce, zrazu rzadkie i występowały tylko po dłuższem chodzeniu, potem przybierały nietylko na sile, ale pojawiały się coraz częściej. Chory, po wykonaniu kilkudziesięciu kroków, doznawał silnych bólów, musiał przystanąć, wówczas ból mijał i tak od nowa. W nocy chory tych bólów nie doznawał. W ostatnich czasach bóle się silnie spotęgowały.

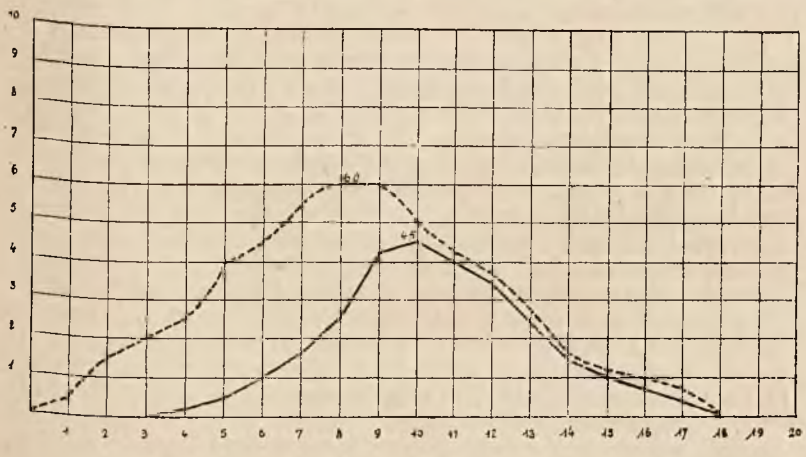
S t a n o b e c n y. Wzrost średni, odżywienie bardzo podupadłe, tkanka tłuszczowa zanikła. Skóra blada, wybitnie sucha i bardzo silnie łuszcząca się, pozatem bez zmiany. Na głowie i na twarzy żadnych zmian nie stwierdzono. Błony śluzowe blade. Źrenice dobrze oddziaływują na światło i akomodację. Dno oka normalne. Gruczoły szyjne macalne, gruczoł tarczykowy bez widocznych zmian. Klatka piersiowa umiarowa, dość wązka, wypuk z przodu w szczycie prawym przytłumiony, w szczycie lewym krótszy, poniżej jawny. Granice płuc prawidłowe i ruchome. Szmery oddechowe w szczycie prawym pęcherzykowe, zaostrzone z wydechem przedłużonym, pozatem szmery wszędzie z przodu pęcherzykowe. Z tyłu wypuk jawny, w szczycie lewym nieco krótszy, pozatem jak z przodu. Roentgenologicznie: szczyty przyćmione, przy kaszlu słabo się wyjaśniają, rysunek gruczołu wyraźny. Serce bez zmian. Tętno miarowe, nie przyspieszone. RR. 130. Narządy jamy brzusznej bez zmian widocznych.

Kończyny dolne w pozycji poziomej, blade, przy zwisaniu zaś na brzeg łóżka stwierdza się zasinienie odcinkowe dolnej części kończyn, szczególnie po stronie lewej (objaw skarpetkowy, signe de la Chaussette Vaquez-Bricout'a).

Przy dotyku kończyny wybitnie chłodne, przy ucisku ani mięśnie ani nerwy ani stawy nie bolesne. Żadnych stwardnień w mięśniach nie stwierdzono. Lekki zanik mięśni podudzia. Odruchy ścięgniste Achillesa i kolanowe po obu stronach utrzymane. Tętnienie naczyń *a. dors. pedis* i *tib. post.* i *ant.* wyczuwa się tylko słabo, szczególnie po stronie lewej. Naczynia te są lekko oporne przy ucisku, tętnienie *a. femoralis* obustronnie dobrze wyczuwalne. Badanie wskaźnika oscylometrycznego naczyń kończyn dolnych na wysokości kostek, przy pomocy aparatu Pachon'a, wykazało wybitne jego zmniejszenie większe po stronie lewej (4,5), a mniejsze po stronie prawej (5'5). Zmniejszenie to

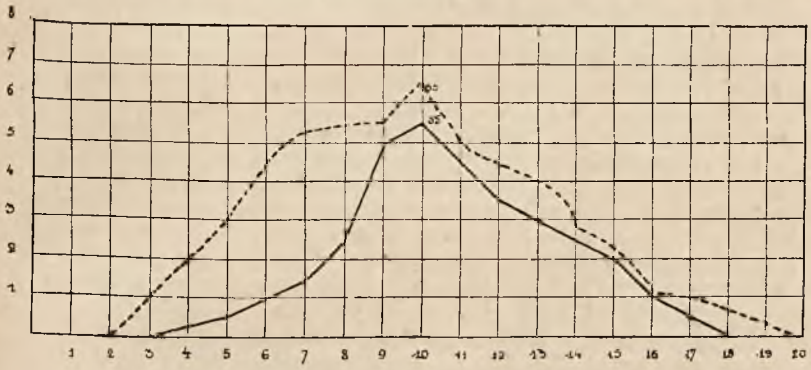
*) Przypadek przedstawiony 10. III. 1926 na posiedzeniu Koła Naukowego lek. Szpit. Powsz. we Lwowie

było nietylko bezwzględne, ale też względne w stosunku do oscylacyj na tętnicy sprychowej, gdzie wskaźnik oscylometryczny po stronie lewej wynosił 10, zaś prawej 11. Objaw Babińskiego i Heitza (l'épreuve du bain chaud) prawie ujemny, bo po zastosowaniu kąpieli o temperaturze 40° C. w której zanurzono obie kończyny, na przeciąg 10 minut, wskaźnik oscylometryczny podniósł się tylko nieznacznie, bo po stronie lewej na 6. po stronie zaś prawej na 6'5.



Rys. 1. Krzywa oscylometryczna kończyny lewej *(a. tib.)*. Linja ciągła przedstawia krzywą przed kąpielą, wskaźnik oscylometryczny = 4'5.

Linja kreskowana przedstawia krzywą po kąpieli, wskaźnik oscylometryczny nieco podwyższony 6.



Rys. 2. Krzywa oscylometryczna kończyny prawej *(a. tib.)*.

Również objaw opaskowy D'Oelsnitz-Cornil'a (l'épreuve de la bande d'Esmarch) prawie ujemny, bo uciśnięcie opaską Esmarcha górnej części uda, na przeciąg 5 minut, dało nieznaczne powiększenie wskaźnika oscylometrycznego.

Należy dodać, że wskaźnik oscylometryczny *a. tib.* na wysokości $^1/_3$ części górnej podudzia t. j. pod kolanem był bardzo mało zmniejszony, przyczem więcej po stronie lewej (7), niźli po stronie prawej (10).

Badanie roentgnologiczne naczyń kończyn dolnych nie wykazało żadnego ściemnienia. Zaznaczamy, że próby Sicard'a z lipjodolem nie wykonaliśmy.

Badania dodatkowe. Mocz blady, ciężar gatunkowy 1040, ilość dobowa 3.600 cm³. Białko nieobecne, cukier obecny 7'5%, ciała acetonowe nieobecne. Urobilina i urobilinogen nie wzmożony. Pod drobnowidem żadnych zmian nie stwierdzono. Krew koloru normalnego. Lepkość jej wzmożona (z bardzo wielkim trudem uchodziła z naczyń przy pobieraniu jej igłą). Cukier we krwi całkowitej 2'92‰ (Folin-Wu). Cholesteryna 2'80‰ (Grigaut). WR. ujemny. Zwracało uwagę, że przy wbijaniu igły, natrafialiśmy przy pierwszych injekcjach, na wybitny opór ściany naczyń.

Rozpoznaliśmy w naszym przypadku chromanie przystankowe, występujące w przebiegu cukrzycy. Pozatem innych zmian nie stwierdziliśmy za wyjątkiem uspokojonej, nieczynnej gruźlicy szczytów płucnych.

Leczenie nasze skierowaliśmy przeciwko cukrzycy z jednej strony i chromaniu przystankowemu z drugiej strony.

Dnia 24. II. br. zastosowaliśmy zrazu dietę ścisłą bezwęglowodanową (dieta Bouchardat) 250 gr. mięsa, 5 jaj, 100 gr. masła, 600 gr. jarzyn zielonych, pozatem płyny (czarna kawa niecukrzona i woda Vichy). Po kilku dniach cukier w moczu spadł. lecz nigdy poniżej 2'5%, cukier zaś we krwi opadł na 2'3‰, przyczem wkrótce (1. III.) pojawiły się w moczu ciała acetonowe w znacznej ilości. Z uwagi na pojawienie się tych ciał acetonowych byliśmy zmuszeni doprowadzać stopniowo coraz większe ilości węglowodanu, zmniejszając równocześnie białko. Ciała acetonowe wówczas rychło ustąpiły, cukier jednak nie zmniejszył się, a we krwi nie opadł, co nas przekonało z jednej strony, iż mamy do czynienia z cięższą formą cukrzycy (*diabète consonptif*, wedle podziału Bouchardat-Rathery), i skłoniło nas do zastosowania insuliny (7. III.). W leczeniu insuliną napotkaliśmy na znaczne trudności. Albowiem już od samego początku i to po małych dawkach (2 razy po 15 jednostek klinicznych insuliny Allen'a) wystpowały bardzo silne objawy wstrząsu hypoglikemicznego, jak na to wskazywały liczne objawy kliniczne: obfite poty zimne, ogólne osłabienie, drżenie rąk i nóg, bicie serca, ból głowy i wilczy głód.

Rzecz charakterystyczna, że objawy te występowały tylko po kolacji (2—4 godziny po kolacji), nigdy zaś po obiedzie, mimo. iż rozdział węglowodanów i dawek insuliny był jednakowo równy na objad i na kolację. Uderzało nas to tem więcej, że poziom cukru we krwi był wysoki (2'90‰), cukromocz duży (4—8%), a dieta obficie węglowodanowa (700 gr. ziemniaków na dobę, nie licząc 1000 gr. jarzyn zielonych). Objawy wstrząsu zmniejszały się w miarę tego jak obniżaliśmy wieczorną dawkę insuliny, a w końcu ustąpiły, skoro doprowadziliśmy do dawki wieczornej równej 5 jedn. klinicznym. Należy podnieść, że nie zaznaczyły się nigdy najmniejsze objawy wstrząsu hypoglikemicznego po objedzie, mimo, że równolegle ze zmniejszaniem dawki wieczornej insuliny, zwiększaliśmy o taką samą wartość dawkę insuliny przed objadem stosowanej (do 40 jedn.).

Później znowu zaczęliśmy zwiększać dawkę wieczorną insuliny, dochodząc do wysokości 40 jedn., co łącznie z 40 jedn dawki przed objadem stosowanej, czyniło 80 jedn. na dobę a objawy wstrząsu więcej się nie powtórzyły.

Zupełne odcukrzenie moczu udało nam się uzyskać dość późno (17. IV.), przez zastosowanie 100 jedn. insuliny na dobę i przy następującej diecie: 400 gr. ziemniaków, 38 gr. chleba, 1000 gr. jarzyn zielonych, 120 gr. tłuszczu i 6 jaj. W tym okresie cukier we krwi ulegał wahaniom w granicach 2'33 do 2'78‰. Chorego trzymaliśmy w tym stanie odcukrzenia moczu przez czas dłuższy, mimo późniejszego zmniejszania się insuliny aż do wysokości 2×15 jedn. Jednak te dawki wkrótce okazały się nie wystarczającemi, bo pojawił się cukier około 4% (16. V.), który odtąd już nie zniknął, cukier zaś we krwi podniósł się znacznie (2'78‰).

Pomimo tego dalej choremu zmniejszaliśmy insulinę, przygotowując chorego do pójścia do domu. Dnia 2. VI. zaprzestaliśmy zupełnie zastrzyknięć insuliny, chory reagował na to stosunkowo mało zwiększonym cukromoczem (6%) i zwiększeniem poziomu cukru we krwi (2'80‰), bez innych jednak następstw jak polyuria, polydipsia, czy polyphagia. Przez ten czas stan ogólny chorego niezmiernie się poprawił. Waga bowiem z 45,60 kg. w chwili przyjęcia na oddział 22. II. br.) wzrosła do 59 kg. wagi (w chwili opuszczenia oddziału 6. V.). Objawy jak uczucie zmęczenia, wzmożonego pragnienia, i głodu zupełnie zanikły, ilość dobowa moczu z 5.600 cm³ spadła na 1.600 cm³, skóra przybrała normalny wygląd przyczem policzki twarzy uzyskały rumieńce. Należy zaznaczyć, że systematyczne badanie płuc, przez cały czas stosowania insuliny i po jej zaprzestaniu, nie wykazało najmniejszego przejścia nieczynnego procesu gruźlicznego we formę czynną.

Równolegle z tem ogólnem leczeniem cukrzycy skierowaliśmy baczną uwagę na leczenie samego chromania przystankowego. Aby móc przeprowadzić odpowiednie leczenie musieliśmy sobie uprzytomnić na jakiem tle występuje chromanie przystankowe w naszym przypadku.

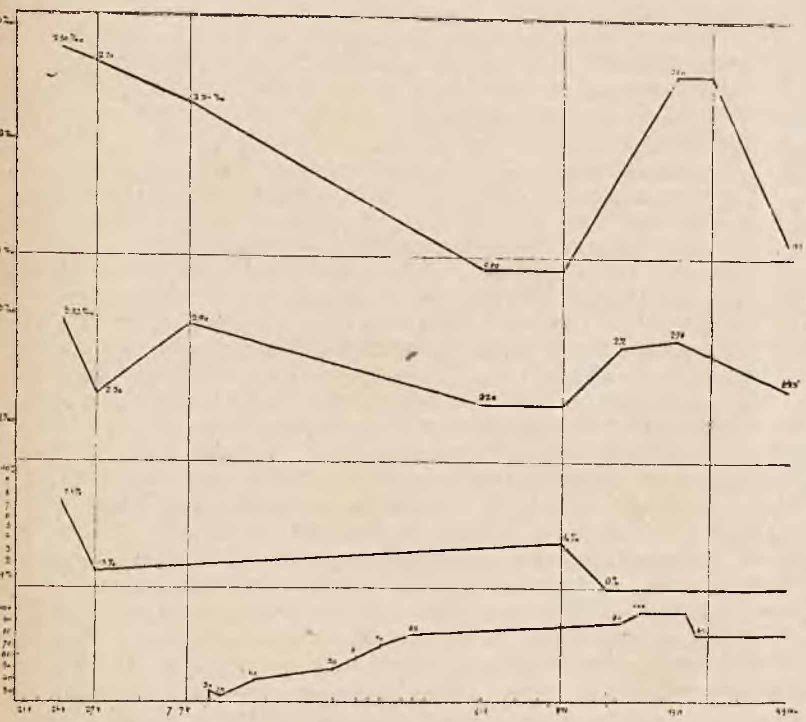
Przedewszystkiem odrzuciliśmy tło funkcjonalne i nerwowe, z uwagi na prawie ujemny objaw Babińskiego i Heitza jak i również objaw d'Oelsnitz-Cornil'a, brak bolesności pni nerwowych na ucisk, a utrzymane odruchy ścięgniste kolanowe i Achillesa. Odrzuciliśmy też tło *thromboangiitis obliterans* choćby z tego powodu, że ta ostatnia występuje u żydów, a nie u słowian. Również wykluczyliśmy *endarteriitis obliterans luetica*, za któtem ani wywiady ani badanie kliniczne ani ujemny Wassermann nie przemawiały. W końcu musieliśmy odrzucić zwykłą miażdżycę tętnic z uwagi na bardzo młody wiek chorego (31 lat). Natomiast przyjęliśmy, że chromanie przystankowe wystąpiło u naszego chorego na tle *endarteriitis obliterans* naczyń kończyn dolnych *(a. dors. pedis.* i *a. tib. ant. post.)*, powstałego na skutek wadliwej przemiany lipoidowej i odkładania się tych ciał tłuszczowatych (cholesteryna) w ścianach naczyń.

Przystępując do leczenia tej *endarteriitis obliterans*, mieliśmy na celu obniżenie hipercholesterynemji we krwi i nie dopuszczenie przez to do dalszego odkładania się jej w ścianach naczyń, ewentualnie też spowodowanie zanikania cholesteryny ze ściany naczyń, dalej rozszerzenie zwężonych naczyń i przywrócenie im przeto drożności światła, w końcu zmniejszenie lepkości krwi, umożliwiając przez to należyty krwiobieg. W tym celu zastosowaliśmy (27. II.) dietę przeciwcholesterynową, odejmując choremu jaja i produkty mleczne (masło i mleko). Istotnie poziom cholesteryny obniżył się z 2'70‰ na 2'37‰ (7. III.).

Wkrótce (9. III.) zastosowaliśmy obok diety przeciwcholesterynowej wstrzykiwania insuliny 2 razy po 15 jedn., dochodząc powoli do 2×40 jedn. dziennie. Cholesteryna opadła niezwykle, schodząc poniżej normy, bo do 0'90‰ (2. IV). Pozatem podawaliśmy choremu równocześnie *natr. citr.* 3 razy dziennie po 6 gr. doustnie i *natr. bicar.* 2 razy dziennie na koniec noża.

Stosowaliśmy je codziennie przez 8 tygodni z przerwą jedenastodniową (od 10. IV. do 21. IV.). Miejscowo zaś stosowaliśmy przez czas krótki kąpiele o temperaturze 40° C., zrazu codziennie, a potem 3 razy tygodniowo.

To kombinowane leczenie dietą przeciwcukrzycową i przeciwcholesterynową, insuliną, *natr. citr.*, *natr. bicarb.* dało wynik bardzo dodatni. Parestezje nóg zwolna zniknęły, bóle stały się mniejsze i rzadsze aż w końcu ustąpiły zupełnie, chód wybitnie się poprawił, tak, że chory nawet po dłuższem chodzeniu nie odczuwał żadnych dolegliwości. Zaznaczyć należy, że poprawie w zakresie objawów podmiotowych odpowiadała tylko częściowa poprawa w zakresie objawów przedmiotowych. Pojawiło się bowiem z powrotem tętnienie obustronne na *a. dors. pedis.* i *a. tib.*, lepiej wyczuwalne po stronie prawej, zaczerwienienie w pozycji pochyłej znacznie osłabło, wskaźnik jednak oscylometryczny podniósł się tylko bardzo nieznacznie, bo na nodze lewej do 6, zaś prawej do 7. Dalej musimy podnieść, że w okresie przerwy w podawaniu *natr. citr.* jak i przerwy w diecie przeciwcholesterynowej, chory zauważył lekkie pogorszenie w chodzie, pojawianie się parestezyj i bólów, szczególnie po dłuższem chodzeniu. W tym okresie (19. IV.) poziom cholesteryny wzrósł do wysokości 2'70‰ pomimo, nieustannego podawania insuliny (80—100 jedn.),



Rys. 3.

wskaźnik oscylometryczny nie opadł (lewe podudzie: 5, prawe: 6), tętnienie nawet wyczuwalne. Ale wobec pojawienia się z powrotem tych objawów podmiotowych, a cześciowo przedmiotowych wróciliśmy rychło (22. IV.) do dalszego podawania *natr. citr.* i stosowania diety przeciwcholesterynowej, nie stosując natomiast więcej ni *natr. bicar.* ni kąpieli. Objawy podmiotowe wkrótce znikły, wskaźnik oscylometryczny podniósł się, poziom zaś cholesteryny we krwi obniżył się do 1'15‰ (29. IV.). Odtąd chory przestrzega stale diety przeciwcholesterynowej, natomiast zaniechaliśmy dalszego podawania *natr. citr.* (9. V.). Objawy podmiotowe więcej nie wróciły, chory chodzi doskonale bez najmniejszych dolegliwości.

Stan ten utrzymywał się do końca tj. aż do czasu wyjścia ze szpitala (6. VI).

Dla wytłumaczenia naszego przypadku pozwolimy sobie przeprowadzić ogólną analizę etjologji, patogenezy, diagnostyki i leczenia chromania przystankowego.

E t j o l o g j a i p a t o g e n e z a chromania przystankowego w przebiegu cukrzycy.

Zwracało już oddawna uwagę, jak często chorzy na cukrzycę uskarżają się na objawy ze strony kończyn dolnych (rozmaite parestezje, trudności w chodzeniu, bóle i t. p.). Jeden z nas miał możność stwierdzenia na wielkim materjale kliniki Rathery'ego, iż te senzacje występują w około 24% przypadków cukrzycy. Badania wykazały, iż te objawy są najczęściej wskutek zmian naczyń tętniczych *(endoarteriitis obliterans)*, rzadziej żylnych *(varices)*, nerwów *(ischias, neuritis ischemica dolorosa* opisana przez Joffroy'a i Achard'a), mięśni *(myalgia, myositis ischemica)* czy w końcu stawów (dna). Na tle *endoarteriitis obliterans* rozwijać się może chromanie przystankowe. Jest ono różnego pochodzenia. Mogą bowiem wchodzić w grę rozmaite czynniki jużto mniej znane jak przebyte infekcje, tak częste zresztą u chorych na cukrzycę, czy intoksykacje, czy też czynniki rasowe *(thromboangiitis obliterans* u żydów), już to czynniki bardziej określone jak *tabagismus, lues, arteriosclerosis* u osób starszych.

Często zdarza się, że żadnego z powyższych czynników wykryć nie możemy jak to ma właśnie miejsce u naszego chorego. W takich przypadkach jak nasz, można przyjąć, iż możliwem jest, że przyczyna tych sensacyj a więc też tego chromania przystankowego tkwi w cukrzycy samej, w jej wadliwej przemianie materji, tem więcej, że te sensacje są tak częste u chorych na cukrzycę. W tym kierunku zdają się iść nowe badania francuskie.

Za czasów Claud Bernard'a sądzono, że cukrzyca jest wadliwą przemianą materji w dziedzinie tylko węglowodanowei. Dziś wiemy, że w cukrzycy może być dotknięta też przemiana białek, tłuszczów, ciał tłuszczowatych, soli i wody. Otóż w wielu przypadkach cukrzycy występuje między innymi niedomoga przemiany ciał tłuszczowatych *(insufficientia lipoides)*, mniej lub więcej zaznaczona, czego wyrazem jest też mniej lub więcej zaznaczająca się lipoidemja. Gdy normalnie mamy we krwi około 7'5‰ tłuszczów całkowitych, 1'60‰ lecytyny i 1'60‰ cholesteryny, to w stanach chorobowych cyfry te mogą być znacznie powiększone, tak, że niekiedy krew przyjmuje wygląd mleczny. Częścią lipoidemji jest hipercholesterynemja, która bardzo często występuje w cukrzycy jak rzadko w innych stanach chorobowych (Letulle, Labb'e i Heitz). 1).

Poziom jej w surowicy krwi wahać może w granicach dużych zazwyczaj 1'70—8'0‰. Mogą być jednak cyfry wyższe (Klemperer).

Skąd bierze się ta hipercholysterynemja. Trudno na te odpowiedzieć przynajmniej jak długo nie poznamy dokładnie całej przemiany cholesterynowej w ustroju. Być może, że jest ona następstwem zwiększonej czynności narządów cholesterynogenetycznych jak nadnerczy, a u kobiet okresowo działającego ciałka żółtego (Chauffard, Laroche i Grigaut) 2), oraz śledziony (Abelous i Soula) 3), której zresztą niektórzy odmawiają większego znaczenia (Remond, Colombier) 4), albo następstwem zmniejszonej czynności cholesterynolitycznej narządów jak płuc i wątroby. Należy podkreślić, że płuca odgrywają dużą rolę w przemianie tłuszczów i ciał tłuszczowatych (Rober i Binet) 5), przyczem funkcja ich jest uzależniona od trzustki, albowiem po jej wycięciu tracą one całkowicie prawie zdolność zatrzymywania względnie rozpuszczania cholesteryny (Nitzescu, Popescu-Inotesti i Cadariu) 6). Działanie obniżające poziomu cholesteryny we krwi ma polegać właśnie na przywróceniu płucom i wątrobie zdolności lipolitycznej (Nitzescu, Cadariu). O roli tarczycy, przysadki i grasicy wiemy nie wiele. Teorja zaś nerwowa Flinta upadła wobec doświadczeń Grigaut'a i Laroche'a 7).

Chauffard 8) uważa, że przewlekła hipercholesterynemja z czasem prowadzi do odkładania się nadmiaru cholesteryny, krążącej we krwi, w tkankach ustroju. Chauffard nazwał to prawem złogów miejscowych (loi des dépôts locaux).

Odkładanie się cholesteryny w tkankach odbywa się niezależnie od poziomu cholesteryny surowicy krwi, albowiem w jednych stanach, gdzie hipercholesterynemja jest wysoka, odkładanie się cholesteryny jest skąpe lub prawie żadne, w innych zaś stanach zachowuje się odwrotnie, albowiem mimo bardzo lekkiego wzniesienia się cholesteryny, ponad poziom normalny, już przychodzi do odkładania się złogów, nieraz obfitych w tkankach. Od czego to zależy, nie wiemy, podobnie jak mało jasnem jest, dlaczego przychodzi do odkładania się cholesteryny w tych, a nie

innych narządach. Być może, że na to wpływa stan tkanek, rodzaj *locus minoris resistentiae*. Komórki tkanek, wskutek tych zmienionych warunków, stają się „cholesterynofilne" tak dalece, że nawet przy normalnej cholesterynemji może się w nich odkładać cholesteryna Lichtvitz 9). To ostatnie zachodzi bardzo rzadko.

Najczęściej cholesteryna odkłada się w drogach żółciowych, powodując powstawanie kamicy żółciowej, tak zresztą częstej, u chorych na cukrzycę (Chauffard), w skórze powodując powstawanie w niej guzów rozsianych (*xanthoma disseminatum*) 10), czy też na powiece (*xanthelasma*), czy też na rogówce, gdzie wytwarza ona tz. obwódkę starczą (*arcus senilis*, P. Harie i G. Laroche) 11), fałszywie jednak nazwaną, starczą, albowiem może ona występować też u osobników młodych z hipercholesterynemją (Joel) 12), czy też na dnie oka, powodując *retinitis diabetica* (Chauffard, Grigaut i Nida) 13) *) czy też w ścianach naczyń krwionośnych, powodując *endarteriitis obliterans* naczyń kończyn dolnych, i innych np. aorty 1). Chauffard ujmuje te stany jako powikłania cholesterynowe 8). Dodać należy, że niekiedy cholesteryna odkłada się w jednym z narządów, niekiedy w kilku narządach równocześnie lub następowo, stąd u chorego na cukrzycę możemy spotkać na raz szereg powikłań cholesterynowych, w różnym stopniu rozwoju będących. Zazwyczaj wtedy, hipercholesterynemja jest też wyższa (Labbé). Poza drogami żółciowemi cholesteryna najczęściej odkłada się w ścianach naczyń kończyn dolnych, gdzie, jak wspomnieliśmy, powoduje ona *endarteriitis obliterans*. Zatem przemawia wiele faktów. Mianowicie, że zawsze w przypadkach *endarteriitis obliterans* znajdujemy hipercholesterynemję (Labbé i Heitz) 14), a która nie maleje, w przeciwieństwie do malejącej hipercholesterynemji w przypadkach miażdżycy tętnic u osób starszych (Orłowski) 15). Co więcej, w ścianach tych naczyń schorzałych, znajdują się zawsze masy cholesterynowe, które ilościowo przekraczają 5—8 krotnie ilość cholesteryny ścian naczyń normalnych i to tem więcej, im wybitniejsza jest *endarteriitis obliterans* (Labbé, Letulle, Nepveux, Heitz) 1). Należy jednak zaznaczyć, że ta hipercholesterynemja i odkładanie się cholesteryny w ścianach naczyń nie jest bynajmniej czemś swoistem dla cukrzycy, bo znajdujemy to samo i w innych stanach chorobowych (Heitz) 16). Wiele autorów nie przeczy tym faktoim, zapytuje jednak, czy owa hypercholesterynemja jest przyczyną czy też skutkiem (Vaquez) 17), odnośnie zaś do owych mas cholesterynowych czy są to złogi czy zdegenerowane komórki. Tym zastrzeżeniom nie podobna odmówić w pewnej mierze słuszności. W przeważającej jednak części owe masy są wyrazem nacieków i złogów cholesteryny, pochodzącej z krwi. Zatem przemawiają doświadczenia Anitchkowa, Wackera i Huecka, którzy wykazali, przez podawanie dużej ilości cholesteryny (0,25), pojawienie się typowego *atheroma cholesterinicum*. Niektórzy jednak odmawiają większej wartości tym doświadczeniom, z uwagi na to, że przypisywanie cholesterynie tak znacznych własności szkodliwych, nie jest zgodne z jej własnościami biologicznemi (Michalski) 18), zaś samo doświadczenie Anitchkowa nie jest miarodajne, bo pokarm cholesterynowy jakoże nie będący zwyczajnym pokarmem tych zwierząt, wywołuje szereg wielkich zaburzeń w ustroju, między innymi *atheroma cholesterinicum* (Browicz) 19). Josue i Loeper wykazali to samo co Anitchkow, drogą wstrzykiwań adrenaliny, co tłumaczono dotychczas działaniem jej wprost na naczynia, mianowicie, że pod wpływem tych wstrzykiwań przychodziło do zapalenia naczyń, a następowo do degeneracji komórek i pojawienia się w nich cholesteryny. Analogicznie tłumaczono działanie tytoniu i alkoholu. Chauffard, Laroche i Grigaut 20), uważają jednak, że te czynniki toksyczne działają też na ośrodki cholesterynogenetyczne, zwłaszcza na nadnercza, powodując hipercholesterynemję i odkładanie się cholesteryny w uszkodzonych naczyniach.

Za odkładaniem się cholesteryny ze krwi a nie za degeneracją cholesterynową komórek ścian naczyniowych przemawiają też te przypadki, w których obok *endarteriitis obliterans*, występują równocześnie zmiany cholesterynowe w innych narządach. zmiany, będące bezspornym dowodem odkładania się cholesteryny jak *xanthoma*, *xanthelasma* (Chauffard, Laroche) czy *retinitis diabetica*, czy też tz. *arcus senilis* umiejscowienie tych mas cholesterynowych w bliskości naczyń, dowodzi infiltracji, a nie degeneracji — P. Marie i Laroche) 11).

Ex iuvantibus również wynika, że hipercholesterynemja powoduje pojawienie się owych mas, albowiem przez zastosowanie diety przeciwcholesterynowej i insuliny, obniżamy nietylko poziom cholesteryny we krwi (Labbé i Tamalet) 21), ale też regresją owych mas cholesterynowych z tkanek (Chauffard) 8), w których one były nagromadzone, a równolegle z tem idzie regresja objawów podmiotowych. W przypadkach *endarteriitis obliterans* jestto trudne do stwierdzenia ze względów technicznych, w przypadkach jednak dostępnych naszemu wzrokowi, możemy to stwierdzić n. p. w przypadkach *retinitis diabetica* (Chauffard, Grigaut i Nida 13), Chalier, Boulud i Genet 22) czy *xantoma diabeticum* (Chauffard, Brodin i Yowanowitch) 23).

Rzecz inna, że sama hipercholesterynemja nie wystarczy, aby wytworzyć się mogły nacieki cholesterynowe w tkankach, czego dowodem jest fakt, że nie w każdym przypadku cukrzycy z hipercholesterynemją, możemy stwierdzić złogi cholesterynowe w tkankach. Muszą zaistnieć warunki, któreby sprawiły, aby komórki stały się cholesterynofilne. Niemi mogą być np. różne intoksykacje lub infekcje ostre czy podostre, tak zresztą częste u chorych na cukrzycę, a które powodują stan zapalny na błonie wewnętrznej naczyń, w których następowo odkładać się będzie cholesteryna, naniesiona wprost ze krwi czy też przez śródbłonek drogą osmozy czyteż przez *vasa vasorum*. Stany zapalne tedy na błonie wewnętrznej naczyń są procesem pierwszorzędnym, zaś nacieki cholesterynowe są procesem wtórorzędnym. (Letulle, Labbé i Heitz) 1).

Cholesteryna odkłada się bardzo powoli. Nieraz musi się odkładać przez szereg lat, aby, nagromadziwszy się w dostatecznej ilości, mogła wywołać wydatniejsze zmiany w ścianach naczyń.

Endarteriitis obliterans w okresie początkowym nie daje żadnych objawów podmiotowych, dlatego wydaje się ona być rzadszą, niźli jest w istocie. Systematyczne jednak badania kończyn dolnych u chorych na cukrzycę wykazały bardzo wielką częstość występowania *endarteriitis obliterans*. (Heitz) 24). W miare jak nacieki cholesterynowe rosną, światło naczynia się zwęża, poczynają się zwolna pokazywać objawy podmiotowe jak parestezje, trudności w chodzeniu, bóle, zrazu słabe i niestałe, występujące tylko po dłuższem chodzeniu, z czasem wybitniejsze, przybierając charakter typowego chromania przystankowego. Niekiedy owe bóle stają się stałemi, bo i w nocy nawet nie ustępującemi, będąc już wtedy zwykle zapowiedzią uporczywych odleżyn czy suchych zgorzeli stopy, mogących oczywista rzecz, z łatwością przemienić się w zgorzel wilgotną septyczną.

Dok. nast.

---

*) W jednym przypadku cukrzycy, przez nas obserwowanym na naszym oddziele W. I., kol. Grzędzielski stwierdził *retinitis diabetica pura ambilateralis* w postaci silnych, białawych nacieków na dnie oka, szczególnie na oku lewem, mniej zaś prawem, bez jakichkolwiek zmian naczyniowych i wybroczyn. Hipercholesterynemja wysoka 2'90°/₀₀. Charakterystycznym był niestosunek między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi (chory uskarżał się na b. lekkie upośledzenie wzroku. Dalszej obserwacji nie możemy niestety podać, z uwagi na to, iż chory nie chciał dłużej pozostać w szpitalu.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Józef TYPOGRAF. Warszawa.

O nowych środkach sercowych (Hexeton, Coramina, Cardiazol).

Z oddziału wewnętrznego „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: doc. dr. M. Semerau-Siemianowski.

Pośród nielicznych leków przeznaczonych do szybkiego pobudzania osłabionej działalności układów krążenia i oddychania oraz poprawienia czynności mniej lub więcej porażonych, a tak ważnych dla utrzymania życia ośrodków wegetacyjnych, dominujące miejsce zajmuje oddawna kamfora. Ogólnie pomyślne jej działanie cucące, stwierdzone na mocy wieloletniego doświadczenia, nie ulega wątpliwości.

Mechanizm jednak działania kamfory na układ krążenia pozostaje dotychczas niewyświetlony. Doświadczenia Böhmego i Hamalaina na bijącem wolno wskutek zatrucia wodzianem chloralu sercu żaby, wykazały, że kamfora przywraca sercu żabiemu zdolność wytwarzania dostatecznej ilości skurczów. Właściwość ta kamfory dotyczy jednak wyłącznie serca żaby, gdyż odnośnie do zwierząt ciepłokrwistych nie została dotychczas potwierdzona (Husemann, Böhme). Sposób więc działania kamfory na sprawność czynności serca zwierząt wyższych i wogóle skuteczność jej bezpośredniego działania sercowego pozostają dotychczas pod znakiem zapytania.

Semerau-Siemianowski, badając wpływ czynników farmakologicznych na samodzielnie bijące komory u człowieka (w przypadkach bloku sercowego), dochodzi do wniosku, że wpływ wprowadzanej dożylnie kamfory, polega początkowo na krótkotrwałem i nieznacznem pobudzeniu ośrodka automatycznego serca. Po wprowadzeniu jednak większej ilości kamfory stan podrażnienia wskutek zatrucia lekiem komórek swoistych przechodzi w zaha-

mowanie ich czynności, co się uwydatnia w stopniowem zwolnieniu akcji komorowej.

Van Egmond zastrzykiwał dożylnie psom ze sztucznie zblokowanem sercem 1%-owy alkoholowy rozczyn kamfory również bez żadnych wyników dodatnich.

Doświadczenia te dokonane na sercach odciętych całkowicie przez sprawę chorobową lub doświadczalnie od ośrodkowego układu nerwowego przemawiają za tem, że bezpośredni wpływ dodatni kamfory na czynność serca wydaje się b. wątpliwym i że działa ona raczej za pośrednictwem pobudzanego przez nią ośrodkowego układu nerwowego.

Kamfora, ten najpopularniejszy lek cucący, nie odpowiada jednak wymogom doskonałego środka analeptycznego, nie rozpuszcza się bowiem prawie że wcale w wodzie (1:800); z miejsca zastrzyku podskórnego olejek kamforowy wchłania się z trudem, działanie przeto kamfory nie występuje dostatecznie szybko. Stosowanie dożylne olejku jest ryzykowne ze względu na niebezpieczeństwo zatoru tłuszczowego. Stosowano, coprawda, kamforę dożylnie w 1‰ rozczynie wodnym (Leo, Weintraud, Semerau-Siemianowski); jest to jednak zabieg w przypadkach nagłych technicznie dla lekarza praktyka trudny ze względu na konieczność wprowadzania znacznej ilości płynu. Wprowadzana doustnie kamfora wchłania się bardzo powolnie i nieregularnie. W ustroju ciepłokrwistym kamfora rozkłada się szybko i zamienia w związki nieczynne (kwas kamfoglikuronowy), działanie jej przeto jest krótkotrwałe. Ze względu na niepomyślne warunki wchłaniania oraz szybko następującą działalność środka, ilość przedostającej się do krążenia dawki czynnej pozostaje zawsze nieznaną.

Ze względu na powyższe ujemne strony kamfory, już oddawna starano się znaleść środek o działaniu podobnem do kamfory, lecz rozpuszczalny w wodzie. Po bardzo licznych nieudanych próbach dopiero ostatnie lata przyniosły pomyślne rozwiązanie tego zadania. Udało się wytworzyć syntetycznie 3 różne leki, które, pomimo zupełnie odmiennego składu chemicznego, okazują prawie, że jednakowe działanie farmakologiczne, wzmagają, mianowicie, czynność narządów krążenia i oddychania. Wynalezienie hexetonu, kardiazolu i koraminy można uważać za rozstrzygnięcie sprawy „rozpuszczalnej w wodzie" kamfory. Nowe leki okazały się doskonałemi, szybko działającemi i nieszkodliwemi środkami analeptycznemi, usuwającemi niepewność, niewygodę i inne liczne braki starej terapji kamforowej.

Hexeton jest to łatwo wytwarzalny syntetycznie związek izomeryczny ze zwykłą kamforą. Pod względem chemicznym przedstawia on 5 izopropyl $\triangle$ 2—3 — cyklohexenon. Hexeton wypróbowali farmakologicznie G o t t l i e b i S c h u l e m a n n. Jest to wodnisty płyn o charakterystycznym zapachu i gorzkim smaku. W wodzie rozpuszcza się trudno, rozpuszcza się natomiast bardzo łatwo w wodnych rozczynach salicylanu sodu. Rozczyn taki nadaje się do zastrzyków domięśniowych lub dożylnych. Do zastrzyków dożylnych stosuje się 1 cm^3 1% rozczynu hexetonu w rozczynie salicylanu sodu, do zastrzyków zaś domięśniowych 1,5 do 2,0 cm^3 10% rozczynu hexetonu. Pod względem jakościowym hexeton działa podobnie jak kamfora. Zastrzykiwany domięśniowo hexeton wchłania się znacznie szybciej niż olejek kamforowy.

Ośrodkowe działanie pobudzające hexetonu na korę mózgową jest 2 do 4 razy silniejsze niż działanie kamfory. Wywołująca kurcze dawka kamfory wynosi dla królika 10 do 20 mgr na kilo wagi, podczas gdy dla hexetonu okazuje się wystarczająca dawka 2 do 4 mgr. Dawki hexetonu, niezbędne do zniesienia narkozy zwierzęcia, są znacznie niższe i skuteczniejsze, niż dawki kamfory. Do zniesienia uśpienia królika weronalem potrzeba 20 mgr. kamfory na kilo wagi (dożylnie), dla hexetonu zaś wystarcza już dawka trzykrotnie mniejsza. Do pobudzenia czynności porażonego morfiną ośrodka oddechowego potrzeba conajmniej 2 do 4 mgr kamfory dożylnie, podczas gdy już 1 mgr. hexetonu doprowadza oddech do stanu normalnego. Nawet w najcięższem zatruciu morfinowem królika można ginący już oddech o typie C h e y n e-S t o k e s'a znowu zrobić częstszym i miarowym za pomocą powtarzanych zastrzyków hexetonu.

Badania na przeżytych sercach świnki morskiej i żaby również potwierdziły działanie hexetonu jako „wzmocnionej kamfory".

Na sercu żaby, którego czynność uprzednio zwolniono albo nawet zupełnie zniesiono przez jady hamujące lub porażające, stwierdza się stale po zastosowaniu hexetonu powiększenie i przyspieszenie działalności serca.

W doświadczeniach na uszkodzonem przez chloroform sercu świnki morskiej widać doskonale skuteczny wpływ pobudzający hexetonu, przywracający w krótkim czasie prawidłową czynność serca.

Ożywiające działanie hexetonu na serce występuje nawet wtedy, gdy podczas jego działania utrzymujemy nadal szkodliwe stężenie jadów.

Na ciśnienie prawidłowe hexeton nie wpływa; zwiększa je natomiast w tych przypadkach, w których okazuje się ono obniżonem (np. podczas rozpoczynającego się chloroformowego porażenia krwiobiegu).

Na mięśniówkę gładką hexeton działa podobnie jak kamfora t. zn. porażająco; naczynia obwodowe ulegają pod jego wpływem rozszerzeniu.

Unieczynnianie się hexetonu w ustroju oraz wydzielanie się odbywa się, analogicznie do kamfory, przez połączenie z kwasem glikuronowym.

Ze względu na to, że w skład hexetonu oprócz uznawanego za część czynną cykloheksenonu wchodzi uważany tylko za rozpuszczalny salicylan sodu, M o d r a k o w s k i i S i k o r s k i zajęli się w szeregu równoległych doświadczeń zbadaniem działania odosobnionego hexetonu oraz odpowiednich dawek salicylanu sodu. Badania ich dotyczą sposobu działania hexetonu ew. salicylanu sodu na oddychanie zatrutego morfiną królika, na wyodrębnione serce żaby i na zatrzymanie oddechu i krążenia zatrutego chloroformem kota.

Z doświadczeń ich wynika, że hexeton przeciwdziała doskonale porażającemu wpływowi morfiny na oddychanie. Zupełnie jednak tak samo działa i dożylny zastrzyk samego salicylanu sodu.

Hexeton pobudza do czynności zatrzymane jadami serce żaby. Identycznie jednak działa również i salicylan sodu.

Gwałtownie zachloroformowanego kota z ustaniem oddechu i krańcowem osłabieniem czynności serca udawało się autorom doprowadzić do stanu normalnego zarówno dożylnemi zastrzykami hexetonu jak i zastrzykami salicylanu sodu. Kamfora w podobnych wypadkach, stosowana nawet w bardzo dużych dawkach, okazywała się zupełnie bezskuteczną i nie była w stanie przeszkodzić śmierci zwierzęcia.

Ze swych doświadczeń autorzy wnioskują, że czynnikiem działającym jest w hexetonie nie izomer kamfory, lecz salicylan sodu, zamieniający się w ustroju na kwas salicylowy. Podobne wyniki można otrzymać nie tylko z kwasem salicylowym, ale z jakimkolwiek kwasem zastrzykniętym dożylnie. Okazuje się, że cytrynian sodu lub wolny kwas cytrynowy, albo kwas solny działają na ośrodek zatrutego morfiną królika podobnie jak hexeton. Autorzy byli w stanie ożywić zachloroformowanego prawie martwego kota (5 minut po ustaniu bicia serca, sztuczny oddech) za pomocą dożylnego zastrzyku 0,3 cm^3 $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego.

Pierwsze badania kliniczne nad hexetonem przeprowadzili na klinice Heidelberskiej K r e h l i F r a n z. Stosowali go w tych wszystkich stanach chorobowych, w których zwykle stosuje się kamforę i stwierdzili, że podczas stosowania dożylnego analeptyczne działanie hexetonu występuje natychmiast, a podczas stosowania domięśniowego i doustnego pierwsze oznaki zadziałania występowały po 3 do 10 minutach. Tętno stawało się mocniejszem i wzrastało o 5 do 15 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi pozostawało niezmienione lub wzrastało o 5 do 10 mm. rtęci. Niemiarowość zatokowa i skurcze dodatkowe po zastosowaniu hexetonu zmniejszały się w sposób widoczny. Na niemiarowość całkowitą hexeton wpływu nie wywierał. Wpływ na oddech był o wiele silniejszy niż kamfory; polegał on głównie na wybitnem powiększeniu się głębokości oddechu przy przeważnie nieznacznie zmienionej częstości. Samopoczucie chorych po hexetonie poprawiało się wyraźnie; uprzednia obojętność ustępowała miejsca większej rzeźwości i ruchliwości. Odruchy skórne i ścięgniste stawały się żywsze.

Na mocy swych spostrzeżeń autorzy uważają hexeton za doskonały środek w celu szybkiego i mocnego pobudzenia niedostatecznej czynności ważnych dla życia ośrodków wegetacyjnych.

R o m i n g e r stosował hexeton w praktyce dziecięcej w przypadkach ostrych zaburzeń krwiobiegu, występujących często u dzieci w przebiegu chorób zakaźnych oraz w przebiegu najróżnorodniejszych zatruć. Zapaść taka zależy zwykle od nagłego osłabienia czynności naczyń w związku z niezwykłą chwiejnością naczyniową dzieci. Oba główne objawy tego groźnego stanu, t. zw. „złe" tętno oraz zaćmienie świadomości ulegały po zastrzykach hexetonu bardzo szybkiej poprawie.

Poza stanami zapaści głównem wskazaniem do stosowania hexetonu są zatrucia narkotykami. Badania autora na dzieciach uśpionych wodzianem chloralu lub hedonalem wykazały, że za pomocą hexetonu można usunąć stan uśpienia oraz pobudzić osłabiony oddech znacznie szybciej i trwalej, niż za pomocą kamfory.

T a s c h e n b e r g stosował hexeton w przypadkach zatrucia weronalem i gazem świetlnym. Chorzy przybywali sini, z chłodnemi kończynami, z powierzchownym i rzadkim oddechem.

Już w kilka minut po dożylnym zastrzyku hexetonu skóra różowiła się, oddech się pogłębiał, a stan ogólny poprawiał się tak wydatnie, że nie ulegało wątpliwości, iż zależało to od wpływu hexetonu.

Haase stosował hexeton doustnie u chorych z daleko posuniętą gruźlicą, u których znaczne ograniczenie powierzchni oddechowej przez rozległą sprawę chorobową lub znaczny ucisk płuca przez dużą ilość płynu w jamie opłucnej, utrudniały oddech i pracę serca, a więc u których na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwał się częsty i powierzchowny oddech, złe tętno i sinica. Ze względu na przykry powodujący mdłości smak, hexeton można podawać jedynie w perełkach dawkowanych po 0,1. Chorzy brali hexeton 3—4 razy dziennie w ciągu 8—10 dni i znosili go bardzo dobrze. Ujemnego wpływu podawczego w ten sposób hexetonu na łaknienie nie spostrzegano.

Działanie na krążenie i oddech stosowanego wewnętrznie hexetonu jest oczywiście słabsze, niż stosowanego parenteralnie, dawka jednak dobowa 0,3 do 0,4 okazuje się dostateczną dla poprawienia oddechu i tętna, zmniejszenia sinicy i duszności i polepszenia samopoczucia.

Podobne spostrzeżenia uczynił Rowe, który codziennie zastrzykiwał hexeton obłożnie chorym gruźlikom. W przeciągu pierwszych 20 dni stosował 1 cm³, a przez dalsze 10 dni po 2 cm³. Po 3—4 tygodniowej pauzie powtarzał zastrzyki. Pod wpływem tej terapji niektórzy z pośród chorych poprawili się znacznie pod względem swej wydolności fizycznej.

Löwinger stosował hexeton w przypadkach zapalenia płuc oraz w ostrych i przewlekłych nieżytach oskrzeli. Przypuszcza on, że dobroczynny wpływ hexetonu na oddychanie polega nietylko na jego działaniu ośrodkowem ,ale że ma on również obwodowy punkt uchwytu w nerwach i mięśniówce oskrzeli. Wykrztuśny efekt hexetonu rozpoczyna się w ¼—1 godz. po zastrzyku domięśniowym; chorzy odkasłują łatwiej, męczące napady kaszlu stają się łagodniejsze.

Wich oraz Scheid stosowali hexeton na klinice chirurgicznej względnie ginekologicznej. Zastrzykiwali go zapobiegawczo oraz w przypadkach osłabienia krążenia i oddychania podczas cięższych i dłużej trwających zabiegów operacyjnych. Przy stosowaniu domięśniowem działanie występowało po 5—10 min. i utrzymywało się około 2 godzin; przy zastrzyku dożylnym występowało natychmiast, lecz było bardziej przelotne. Chorzy lepiej znosili shok operacyjny i uśpienie. Zastrzyki stosowano czasem przeszło 8 dni bez żadnych przykrych objawów.

Butzengeiger stwierdził, że zastrzyki hexetonu w końcu zabiegu sprzyjają szybszemu obudzeniu się. Stosowanie hexetonu podczas zabiegów osłabiających chorych przynosi im znaczną korzyść i jest szczególnie wskazane u starych pacjentów, gdyż wpływa pomyślnie na oddech i wykrztuszanie oraz na czynność serca.

Drugi z pośród omawianych leków — *koramina* jest 25% rozczynem dwuetylamidu kwasu pirydyno-beta-karbonowego. Związek ten przedstawia żółtawy, prawie bezwonny płyn, o słabo wyrażającym się smaku, mieszający się w każdym stosunku bez zmętnienia z wodą.

Pierwsze badania farmakologiczne nad koraminą przeprowadzali na zwierzętach Faust i Uhlemann. Doświadczenia ich wykazały, że koramina w swem działaniu jest wielce zbliżona do kamfory, a pod pewnemi względami wybitnie ją przewyższa.

Faust wykazał doskonały i szybki wpływ koraminy na ciśnienie krwi zatrutych kurarą królików. Działanie koraminy na serce żaby polegało na zwolnieniu tętna i powiększeniu jego objętości. Objawów podobnych do naparstnicy koramina nie wywołuje. W swem działaniu na oddech koramina powodowała powiększenie objętości oddechowej i to zarówno u zwierzęcia normalnego jak i zatrutego morfiną. Doświadczenia nad wpływem koraminy na naczynia izolowane wykazały, że dawki małe zwężają naczynia, podczas gdy dawki duże rozszerzają je. W doświadczeniach na królikach zatrutych chloralem koramina podnosiła do normy obniżone ciśnienie. W doświadczeniach nad działaniem koraminy na mięśnie gładkie stwierdzono podniesienie pod jej wpływem napięcia mięśniowego oraz powiększenie ruchów wahadłowych wyosobnionego jelita królika.

Uhlemann wykazał, że koramina jest w stanie skutecznie przeciwdziałać porażającemu działaniu na serce choliny i chloralhydratu, że w przeciwieństwie do kamfory osłabiającej czynność płciową pobudza takową i że na mięśniówkę gładką nie działa porażająco jak kamfora, a raczej pobudzająco. W działaniu na ciśnienie krwi i oddech i w działaniu pobudzającem na serce koramina znacznie przewyższa kamforę. Szczególnie cennem jest jej pobudzające działanie na ważne dla życia ośrodki rdzenia przedłużonego, a zwłaszcza na ośrodek oddechowy. Pod tym względem koramina może służyć jako antidotum w przypadkach porażenia tego ośrodka morfiną i nadaje się do tego celu lepiej niż atropina, gdyż nie posiada jej przykrego działania ubocznego na gruczoły i akomodację.

Schomerus na mocy licznych doświadczeń na królikach dochodzi do przekonania, że koramina jest silnym środkiem cucącym. Zarówno na nieuszkodzonem, jak i uszkodzonem sercu koramina, stosowana nawet w małych dawkach (0,01 na kg. wagi), wykazuje wyraźnie dodatni wpływ na oddech i krążenie. Przez powiększenie dawki działanie koraminy staje się silniejsze i trwalsze. Jadowitość koraminy jest mała. Króliki znosiły dobrze dożylne wstrzykiwania dawki 0,03 na kg. wagi. Co do punktu uchwytu koraminy, to działa ona na serce i naczynia zarówno ośrodkowo jak i obwodowo.

Do kliniki wprowadzili koraminę Thannhauser i Fritzel. Badania ich dokonane w II klinice monachijskiej potwierdziły w zupełności badania farmakologiczne na zwierzętach. Wypróbowali oni koraminę na wielkiej ilości chorych. Stosowali ją dożylnie lub podskórnie w dawkach 1 cm³ 25% wodnego rozczynu 2—3 razy dziennie, per os zaś podawali 40—50 kropel pro dosi. Podczas stosowania dożylnego działanie występowało natychmiast i utrzymywało się przez kilka godzin. Wyżej wspomniane dawki, a nawet dawki dwukrotnie większe nie sprowadziły ani razu przykrych objawów ubocznych. W przypadkach ciężkiej niedomogi krążenia niezwykle skutecznem okazało się jednoczesne zastrzykiwanie koraminy i naparstnicy (w jednej strzykawce). Autorzy stosowali zwykle 1 cm³ koraminy — + 0,3 do 0,5 cm³ jednego ze zwykle używanych środków naparstnicowych. Zastrzyki podskórne koraminy są zupełnie niebolesne i nie powodują żadnego podrażnienia; można je w razie potrzeby powtarzać wielokrotnie w ciągu dnia w krótkich odstępach czasu.

W stanach zapadu koramina podnosi ciśnienie krwi, pogłębia oddech i wpływa dodatnio na samopoczucie chorego. Powiększenie ciśnienia krwi autorzy stwierdzali jedynie w przypadkach osłabienia krążenia, u chorych zaś z ciśnieniem prawidłowem lub wzmożonem koramina ciśnienia nie powiększała. Umożliwia to stosowanie bez obawy koraminy w przypadkach nadciśnienia. Tętno pod wpływem koraminy stawało się pełniejszem, częstość uderzeń pozostawała bez zmiany.

W ciężkich przypadkach niedomogi sercowej udawało się często po osiągnięciu wyrównania utrzymywać chorego wyłącznie na koraminie, albo podczas leczenia kombinowanego (koramina + naparstnica) stosować mniejsze dawki naparstnicy. Podobnie jak i w ostrych stanach zapaści autorzy stwierdzili pomyślny wpływ koraminy na oddech również i w przewlekłych stanach niewyrównania: oddech stawał się spokojniejszy i głębszy.

W przypadkach zaburzeń miarowości, a więc w niemiarowości zupełnej, w skurczach dodatkowych w bloku sercowym, koramina żadnego wpływu na umiarowienie czynności serca nie wywiera, działanie koraminy w tych postaciach chorobowych polega jedynie na jej zwykłym wpływie sercowym.

Autorzy zwracają jeszcze uwagę na pomyślne działanie koraminy na ogólne samopoczucie chorego w przypadkach nadciśnienia samoistnego i nadciśnienia na tle nerkowem. Chorzy podają zwykle, że doznają ulgi podmiotowej w swych dolegliwościach sercowych i że czują się raźniejsi.

Schübel badał doświadczalnie na zwierzętach, czy wskutek dłuższego stosowania koraminy następuje przyzwyczajenie do niej i czy potrzebne jest wówczas do osiągnięcia efektu powiększanie dawki. Z doświadczeń jego wynika, że ta sama dawka początkowa koraminy stale działa jednakowo silnie, czyli, że przyzwyczajenie nie następuje.

Podobne spostrzeżenia o nieprzyzwyczajaniu się do koraminy nawet po upływie dłuższego czasu nieprzerywanego stosowania poczynił na ludziach Guth.

Buschmann stosował koraminę w 30 przypadkach osłabienia działalności serca przeważnie w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Na mocy swych spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że koramina jest doskonałym, szybko działającym i nieszkodliwym środkiem w stanach zapaści rozmaitego pochodzenia i w celu przetrzymania chorych przez niebezpieczny okres osłabienia krążenia. Z działań ubocznych stwierdził jedynie dość silne wykrztuszanie, co do którego jednak panuje indywidualna wrażliwość, t. zn., że natężenie jego bywa różne u różnych osób.

Rosenberg uważa koraminę za doskonały lek, bez którego obecnie wcale obejść się nie może. Stosuje go z pomyślnym wynikiem w przypadkach osłabienia krążenia, w celu pobudzenia ośrodka oddechowego oraz jako środek wykrztuśny.

We wszystkich przypadkach, w których dawniej stosowano jako środek cucący kamforę, Rosenberg korzysta obecnie z koraminy. W groźnych stanach ostrego zapalenia osłabienia

krążenia w przebiegu chorób zakaźnych, szczególnie w zapaleniu płuc, oraz w ostrej niedomodze przewlekłych schorzeń sercowych Rosenberg zastrzykiwał koraminę dożylnie. w przypadkach mniej groźnych — podskórnie. Zastrzyki można powtarzać dowolnie często. W szczególnie groźnych przypadkach można kombinować koraminę w jednej strzykawce ze strofantyną.

Jako lek pobudzający ośrodek oddechowy stosował Rosenberg koraminę w przypadkach powierzchownego i nieprawidłowego oddechu, jaki często zdarza się u chorych na zapalenie płuc. Działanie koraminy jest w tych przypadkach zbliżone do działania lobeliny. Godnemi polecenia są w takich przypadkach naprzemienne zastrzyki koraminy i lobeliny.

Co się tyczy działania wykrztuśnego koraminy, Rosenberg uważa ją za najlepszy z istniejących środków wykrztuśnych. Stosuje on koraminę w przypadkach, podejrzanych o gruźlicę płuc, a przebiegających bez odpluwania. W celu uzyskania niezbędnej dla celów rozpoznawczych plwociny Rosenberg podaje chorym wieczorem per os 20 kropli koraminy. Stosuje on koraminę jako środek wykrztuśny we wszystkich ostrych i przewlekłych zachorzeniach dróg oddechowych, przebiegających z niedostatecznem albo utrudnionem odpluwaniem. W poszczególnych przypadkach zapalenia płuc Rosenberg spostrzegał tak znaczne rozcieńczenie i powiększenie ilości wydzieliny oskrzeli, że był zmuszony do odstawienia leku z obawy przed obrzękiem płuc. To silne działanie wykrztuśne koraminy może w pewnych przypadkach, przybierając nadmierne rozmiary, przedstawiać nawet niepożądane działanie uboczne. Z tego względu w przypadkach stosowania koraminy w przebiegu zapalenia płuc, należy rozpoczynać od małych dawek i spostrzegać jak się zachowuje odpluwanie; w razie zaś nadmiernego powiększania się należy stosowania koraminy zaniechać.

Wuth stosował koraminę u obłąkanych w stanie zapaści, która występowała bądź to samoistnie po okresie pobudzenia, bądź też wskutek stosowania silnych środków narkotycznych i stwierdził szybko występującą poprawę czynności serca i oddechu. Niezwykle cennym okazał się w praktyce psychjatrycznej brak jakichkolwiek objawów podrażnienia psychicznego podczas stosowania dawek leczniczych. Wuth uważa, że koramina jest wskazaną w stanach epileptycznych zamiast dotychczas stosowanej atropiny, kamfory lub kofeiny, a to ze względu na szybkość i pewność działania, małą jadowitość i brak przy odpowiednich dawkach pobudzenia psychomotorycznego. Dalszem wskazaniem są zaburzenia oddechowe w przebiegu porażenia postępującego oraz niebezpieczne stany zapaści, występujące podczas leczenia tego zachorzenia zimnicą. Ze względu na jednoczesne silne działanie na krążenie i oddychanie koramina jest wskazana w zatruciach weronalem, luminalem, tlenkiem węgla, morfiną i innemi narkotykami.

Guth stosował koraminę w klinice chirurgicznej w przypadkach osłabienia krążenia i porażenia ośrodka oddechowego po narkozie i miał doskonałe wyniki. Pomimo stosowania dość dużych dawek (do 3 cm^3) nie widział ani razu żadnych objawów toksycznych ani miejscowych ani ogólnych. W całym szeregu przypadków ciężkich i długotrwałych zabiegów z dużą utratą krwi stwierdzano, jak po zastrzyku koraminy ledwo dotychczas wyczuwalne tętno stawało się pełniejsze i mocniejsze, powierzchowny zaś i niemiarowy oddech głębszy i spokojniejszy. Guth uważa, że po zastrzyku koraminy operowany prędzej przychodzi do siebie i że ze względu na swe działanie na ośrodek oddechowy koramina nadaje się jako środek zapobiegawczy przeciwko pooperacyjnemu zapaleniu płuc.

Hartmann uważa za wielce cenną dla praktyki ogólnej dużą rozległość dawki leczniczej koraminy. Niebezpieczeństwo przedawkowania zaledwie wchodzi w rachubę, a duża różnica pomiędzy dawką leczniczą a trującą pozwala na celowe stopniowanie pożądanego działania podniecającego od pierwszych dostrzegalnych objawów aż do pełnego, graniczącego ze stanem kurczów, potężnego ogólnie podniecającego działania.

Kardjazol, wprowadzony do terapji przez Hildebrandta, jest to biały krystaliczny proszek, nader łatwo rozpuszczalny w wodzie. Pod względem chemicznym jest to pentametylentetrazol

$$\begin{array}{l} CH_2-CH_2-CH_2 \\ \;| \qquad\qquad\qquad\quad > N-N \\ CH_2-CH_2-C\lessdot \qquad \| \\ \qquad\qquad\qquad\qquad\quad N-N \end{array}$$

Rozczyny kardjazolu oddziaływują obojętnie. Preparat odznacza się wielką odpornością na wpływy chemiczne. Farmakologiczne działanie kardjazolu odpowiada zasadniczo działaniu kamfory. Dla terapji nie przedstawiałby przeto kardjazol żadnego postępu, gdyby tej równowartościowości w działaniu z jednej strony nie przeciwstawiały się z drugiej znaczne w porównaniu z kamforą zalety. Przewaga kardjazolu polega przedewszystkiem na jego doskonałej rozpuszczalności w wodzie, warunkującej nadzwyczaj szybkie wchłanianie. Występuje ono tak szybko, że praktycznie nie stwierdza się prawie żadnej różnicy co do czasu i siły podziałania pomiędzy stosowaniem podskórnem i dożylnem. Wynika z tego, że nawet przez stosowanie podskórne osiąga się natychmiast stężenie niezbędne do osiągnięcia efektu ożywiającego. Z praktycznych względów jest to czynnik ważny, pozwala bowiem na ominięcie bardziej kłopotliwego zastrzykiwania dożylnego.

Dalsza korzystna dla kardjazolu różnica pomiędzy nim a kamforą polega na silniejszem i trwalszem działaniu na serce. Kardjazol działa również bezpośrednio i na serce zdrowe, wzmagając wydatnie jego czynność, czego odnośnie do kamfory nie udało się dotychczas stanowczo dowieść. Zatrucie serca występuje dopiero pod wpływem dawek bardzo wysokich, nie wchodzących z praktycznego punktu widzenia w rachubę. Możliwe, że pomyślne działanie kardjazolu na serce zdrowe polega częściowo na tem, że kardjazol w przeciwieństwie do kamfory, nie wywiera porażającego działania na mięśnie gładkie. Wykazały to doświadczenia na jelitach szczura.

Gdy potrzeba pobudzić do czynności osłabione lub porażone serce, to i wówczas kardjazol wybitnie przewyższa kamforę. Jeżeli zatrujemy prawie do ustania czynności serce szczura przez dodanie chloroformu do rozczynu Locka, a następnie dodamy do cieczy kardjazol, to nietylko zniesiemy zupełnie szkodliwy wpływ chloroformu, lecz osiągniemy jeszcze i ten skutek, iż pozostające pod wpływem kardjozolu serce będzie, pomimo zatrucia chloroformem, uderzać sprawniej, niż w warunkach normalnych na początku doświadczenia.

Doświadczenia na zatrutych strofantyną wyosobnionych sercach szczurów wykazały ,że kardjazol znosi występujące naprzemian podczas tego zatrucia okresy zwolnienia i przyspieszenia akcji serca i doprowadza w krótkim czasie serce do miarowej czynności. Dzięki temu można za pomocą kardjazolu odpowiednio osłabić nadmierną pobudliwość serca.

Oprócz działania na serce kardjazol wpływa również wybitnie na narząd oddechowy za pomocą pobudzenia ośrodka oddechowego: widać to szczególnie wyraźnie w doświadczeniach na zwierzętach z porażonym morfiną ośrodkiem oddechowym; podobnie jak i kamfora kardjazol wpływa wybitnie dodatnio nie tyle na częstość, ile na głębokość poszczególnych oddechów.

Pierwsze doświadczenia kliniczne z kardjazolem dokonane zostały w heidelberskiej klinice Krehla. Działanie kardjazolu w przypadkach osłabienia działalności serca było bardzo szybkie i w niektórych przypadkach wprost zdumiewające. Wpływ zastrzyków podskórnych na osłabiony krwiobieg był znakomity; zaznaczał się szybciej i silniej oraz trwał dłużej, niż po zastrzykach olejku kamforowego. W równej mierze dobrze działał kardjazol w chorobach zakaźnych, jak i podczas zaburzeń w krwioobiegu ostrych lub przewlekłych, powstałych na tle najróżnorodniejszem. Po dłuższem podawaniu występował rodzaj działania podobny do naparstnicy; tętno się zwalniało, stawało się bardziej miarowe, rzut krwi powiększał się, ciśnienie nieznacznie sę podnosiło.

Analogiczny wynik otrzymano w klinice chirurgicznej w Düsseldorfie (Ruef). W rozpaczliwych przypadkach z niewyczuwalnem tętnem miało się wrażenie, że środek ten wywiera bezpośrednie działanie ożywiające wprost na serce. Zarówno podskórne jak i dożylne zastrzyki kardjazolu są bezbolesne i nie powodują żadnych objawów podrażnienia miejscowego.

We wszystkich przypadkach, w których wskutek długotrwałych zabiegów operacyjnych ze względu na stopniowo słabnącą czynność serca podawano co godzina kardjazol, tętno szybko się poprawiało. Pacjent łatwiej budził się z narkozy, czuł się lepiej, miał różowszą twarz. Z powodu tego pomyślnego działania ogólnego autor po każdym większym zabiegu w przeciągu pierwszych 24 godz. zastrzykuje co 4 godz. kardjazol.

Spostrzeżenia kliniczne wykazały, że kardjazol usuwa zależne od uśpienia zaburzenia oddechowe. Oddech nieprawidłowy lub powierzchowny już w 2—3 min. po zastrzyku osiągał swą normalną objętość. Również w zapaleniu płuc kardjazol pogłębiał oddech i ułatwiał wykrztuszanie.

Fahrenkampf stosował w przypadkach niedomogi sercowej oraz w niemiarowości zupełnej kombinowane leczenie strofantyną i kardjazolem (w jednej strzykawce). Uważa on to połączenie leków za b. cenne, gdyż grożący wskutek działania strofantyny spadek częstości tętna trwa krócej, bywa słabszy lub nie występuje zupełnie. Według Fahrenkampfa dodanie kardjazolu do strofantyny wyłącza jedno z niebezpieczeństw dożylnego leczenia strofantyną.

Lange na mocy dużego doświadczenia dochodzi do wniosku, że kardjazol okazuje się szczególnie skuteczny w przypadkach ciężkich ostrych zaburzeń w krążeniu. Gdy tętno jest niewyczuwalne i nie można dokonać zastrzyku do zapadłych żył, zastrzyk podskórny kardjazolu powoduje zwykle w ciągu kilku minut zjawienie się tętna, a próżne uprzednio żyły znowu się wypełniają.

Spostrzeganie ciśnienia krwi, tętna i oddechu wykazuje, że ciśnienie krwi maksymalne wzrasta, minimalne zmniejsza się, czyli że amplituda ciśnienia zwiększa się; oddech w wielu przypadkach staje się wolniejszy i głębszy, sinica znika lub zmniejsza się; tętno wzmacnia się w sposób widoczny, staje się lepsze i pełniej wyczuwalne.

Działanie kardjazolu występuje w 2—3 minuty po zastrzyku i utrzymuje się przez $^1/_2$ do $1^1/_2$ godziny.

Na oddziele naszym stosowaliśmy opisane środki w przypadkach chorób zakaźnych oraz w przypadkach przewlekłej niedomogi sercowej. Na mocy zatem własnego doświadczenia uważamy, że w hexetonie, koraminie i kardjazolu posiedliśmy środki analeptyczne dokładnie dawkowane, dobrze wchłanialne, pozbawione jakichkolwiek szkodliwych wpływów ubocznych, działające szybko i silnie i wpływające niezwykle pomyślnie zarówno na krwiobieg jak i na narząd oddechowy.

Hexeton, koramina i kardjazol stanowią wielce cenne wzbogacenie naszego tak ubogiego dotychczas arsenału środków analeptycznych.

Piśmiennictwo:

Gottlieb i Schuleman: D. m. Woch. Nr. 51. 1923. — Krehl i Franz: D. m. Woch. Nr. 51. 1923. — Modrakowski i Sikorski: Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 18. 1926. — Rominger: Münch. m. Woch. Nr. 31. 1924. — Taschenberg: D. m. Woch. Nr. 41. 1924. — Haase: Therapie der Gegenwart Nr. 3. 1925. — Rowe: Zeitschrift f. Tuberkulose Nr. 4. 1924. — Löwinger: W. kl. Woch. Nr. 15. 1924. — Wich: Münch. med. Woch. Nr. 7. 1924. — Scheid: Zentralbl. f. Chirurgie Nr. 15. 1924. — Butzengeiger: M. med. Woch. Nr. 37. 1924. — Faust: Schweiz. m. Woch. Nr. 10. 1924. — Uhlmann: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. H. 5 i 6. 1924. — Schomerus: Dysertacja Kiel. 1924. — Thannhauser i Fritzel: Schweiz. m. Woch. Nr. 10. 1924. — Schübel: Kl. Woch. Nr. 47. 1925. — Guth: Münch. m. Woch. Nr. 14. 1925. — Buschmann: Med. kl. Nr. 52. 1925. — Rosenberg: Münch. m. Woch. Nr. 43. 1925. — Wutn: Münch. m. Woch. Nr. 45. 1925. — Schmidt, Hildebrandt, Krehl: Kl. Woch. Nr. 25. 1925. — Ruef: Kl. Woch. Nr. 35. 1925. — Lange: D. m. Woch. Nr. 7. 1926. — Semerau-Siemianowski: O czynności samoistnie bijących komór sercowych u człowieka. Lwów. — Egmond: Pflügers Arch. t. 154. 1913. — Fahrenkamp: Fortschritte. d. Therapie Nr. 3. 1926.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prymarjusz Docent Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

O działaniu wyciągów z ciałka żółtego jajnika na krwawienia z błony śluzowej macicy.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Badania anatomiczne i biologiczne ostatnich lat dowiodły niezbicie, że występowanie okresowych zmian fizjologicznych na błonie śluzowej macicy powoduje jajnik. To zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Dowodzą tego chociażby wyniki prac opartych na spostrzeżeniach, wysnutych ze zjawisk występujących w związku z wytrzebieniem u samic i u kobiet. Sporną natomiast jest sprawa, która z morfologicznych części, tego tak pod względem budowy anatomicznej niejednostajnego tworu, odgrywa w tych procesach zasadniczą rolę. Starano się jednak to rozstrzygnąć przy pomocy całego szeregu badań (Fränkel, Meyer, Ruge, Szymanowicz i t. d.). Tak jak dzisiaj się te sprawy przedstawiają przypuszczać można, że ciałko żółte jajnika jest właśnie tym czynnikiem, któremu przypisać należy najważniejsze i decydujące znaczenie w powstawaniu omawianych, a tak powszechnie znanych zjawisk. Chociaż równocześnie zaznaczyć muszę, że nie wszyscy badacze hołdują temu zapatrywaniu (Schikele).

Rozstrzygnięcie końcowe tego zagadnienia, rzecz jasna, nie mogłoby pozostać bez wpływu i bez znaczenia dla leczenia zaburzeń fizjologicznych zjawisk, będących w związku ze wspomnianemi zmianami, zachodzącemi na błonie śluzowej macicy. Mam tu na myśli zaburzenia w przebiegu prawidłowej miesiączki, oraz inne nieregularne krwawienia z macicy. Lecz nawet już i dzisiaj, pomimo, że nasuwają się pewne wątpliwości co do roli ciałka żółtego w odniesieniu do powstawania miesiączki, istnieje szereg prac, które starają się wyniki teoretyczne na tem polu osiągnięte zużytkować w praktycznej medycynie. Mam tu na myśli prace Seitza, Wintza, Burckhardta i innych. Zachęcony wynikami doświadczeń tych autorów, podjąłem i u mnie na oddziele badania w tym kierunku. Posługiwałem się zaś w tym celu przetworami wydzielonemi z ciałka żółtego marki „Ciba", wyrabianemi przez Pabjanickie Towarzystwo Przemysłu Chemicznego, tak zwaną Sistomensiną (luteolipoid) i Agomensiną (lipamina, względnie luteamina). Wytwarzanie tych preparatów oparte jest na metodzie Seitza i Wintza, opisanej w roku 1914, w której wspomniani badacze podają, że udało się im wyosobnić z ciałka żółtego dwa antagonistycznie działające ciała, tak zwaną lipaminę, względnie luteaminę (Agomensina) i luteolipoid (Sistomensina). Pierwsze z nich ma wpływać hamująco na krwawienia miesięczne, drugie zaś ma je wzmagać, względnie nawet wywoływać. Przepis uzyskiwania tych ciał jest opisany w zmiankowanej pracy. Autorowie ci stwierdzili pozatem, że oba te ciała mają działać skutecznie nie tylko w przypadkach fizjologicznie przebiegających miesiączek, ale rzekomo okazują one wyraźny wpływ i na miesiączki o patologicznym przebiegu. Podają pozatem, że ciała te ujawniają swoje lecznicze działanie nawet w tych przypadkach, w których już inne środki farmakologiczne zawiodły. Uważałem więc, że skontrolowanie tych wyników nie byłoby bez znaczenia dla leczenia pewnych spraw, które były dotychczasowemu leczeniu oporne. Badania, które przeprowadziłem w tym kierunku u mnie na oddziele położniczo-ginekologicznym szpitala św. Łazarza, dzielę zasadniczo na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje przypadki leczone Sistomensiną, druga zaś Agomensiną.

Sistomensiną leczono następujące przypadki:

1) Krwawienia miesiączkowe długotrwałe, uporczywe i bardzo obfite występujące jednak zawsze prawidłowo co cztery tygodnie, w których anatomicznej przyczyny krwawień nie można było wykazać, ani bowiem ginekologicznem, ani nawet badaniem mikroskopowem strzępków błony śluzowej, wydobytych z wnętrza macicy. W tych to przypadkach osiągnięto nieznaczne polepszenie już po podawaniu innych powszechnie znanych środków farmakologicznych, działających hamująco na krwawienia z macicy, zaznaczyć jednak należy, że wyniki te nie były wystarczające. Nie pomogły nawet skrobanki, które w celach leczniczych u tych chorych wykonywano. Takich kobiet leczono na oddziele pięć.

2) Krwawienia miesiączkowe, wywołane przerostem błony śluzowej macicy. We wszystkich tych przypadkach, badanie histologiczne strzępków wydobytych z macicy, a przeprowadzone w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. w Krakowie, potwierdzało rozpoznanie kliniczne. Skrobanki nie dały, ani u jednej z chorych stałego wyniku, lecz co najwyżej, jak to nierzadko bywa, przemijające i krótkotrwałe polepszenie. Chorych takich było w leczeniu sześć.

3) Krwawienia miesiączkowe o zatraconym typie krwawień miesiączkowych towarzyszące sprawom przewlekłym, zapalnym, przydatków macicy. Takich przypadków było w leczeniu dziesięć.

4) Krwawienia z macicy w okresie przekwitania. Leczono chorych ośm.

5) Krwawienia z macicy występujące przy skazie krwotocznej. Przypadków dwa.

6) Przedłużone krwawienia miesiączkowe wywołane włókniako-mięśniakami macicy. Leczono przypadków sześć.

Ogółem leczono Sistomensiną wszystkich chorych trzydzieści siedm.

Agomensinę podawano na ogół w dwudziestu czterech przypadkach, z czego:

1) w trzech przypadkach braku miesiączki, spowodowanego bardzo znacznym niedorozwojem narządów rodnych.

2) w dwóch przypadkach braku miesiączki, mającego źródło w niedorozwoju narządów rodnych, lecz tylko miernego stopnia.

3) w trzech przypadkach braku miesiączki, którego przyczyna leżała w nieznacznym niedorozwoju narządów rodnych.

4) w pięciu przypadkach ustania miesiączki w młodym wieku, z przyczyn bliżej nie dających się określić.

5) w siedmiu przypadkach u chorych ze skąpemi miesiączkami.

6) w czterech przypadkach ciąży wczesnej, celem wywołania poronienia.

Przejdę z kolei rzeczy do omówienia wyników leczenia pierwszej grupy przypadków, to znaczy przypadków leczonych Sistomensiną.

Sistomensinę podawano w dwojakiej postaci, a mianowicie w postaci kołaczyków doustnie oraz w postaci głębokich zastrzyków śródmięśniowych. Kołaczyki podawano w ilości od trzech do dziesięciu dziennie, zależnie od ciężkości i uporczywości objawów chorobowych. Zastrzyki zaś dostawały chore w ilości dwóch do

trzech ampułek dziennie, zależnie od nasilenia krwawień. Podawanie kołaczyków rozpoczynano na trzy do czterech dni przed spodziewanym terminem, mającego przyjść krwawienia, względnie w razie niemożliwości obliczenia, w dzień wystąpienia samego krwawienia. Mniej więcej, o ile to było możliwe, trzymano się tej samej zasady przy stosowaniu Sistomensiny w postaci zastrzyków. Lek brała chora bez względu na jego sposób podawania przez cały czas krwawienia.

Nadmienić muszę, że o wiele lepsze wyniki otrzymywaliśmy podając Sistomensinę zapobiegawczo, na kilka dni przed wystąpieniem krwawienia, aniżeli rozpoczynając podawanie dopiero z chwilą wystąpienia krwawienia. Z tego wysnuwam wniosek, że do wystąpienia należytego zadziałania Sistomensiny potrzebny jest pewien okres czasu, chociaż nie można powiedzieć, aby nie działała ona i doraźnie. Pamiętać należy jednak, że doraźnie działa mniej dzielnie. W żadnym przypadku przy podawaniu Sistomensiny nie zauważyłem jakiegokolwiek ubocznego działania na ustrój chorych. Kołaczyki obojętne w smaku, nie powodowały powstawania żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. To samo dotyczy i zastrzyków. Były one nie bolesne. Energiczniej i bez porównania szybciej ujawniało się działanie Sistomensiny po podaniu jej w postaci zastrzyków, aniżeli po podaniu jej w postaci kołaczyków. Do tego stopnia było ono intenzywniejsze, że niejednokrotnie w przypadkach tych, w których kołaczyki zawodziły uzyskiwałem dobry wynik leczniczy po zastosowaniu Sistomensiny w postaci zastrzyków domięśniowych. Z tego też względu, na ten sposób podawania Sistomensiny, szczególniejszą zwracam uwagę.

W pięciu pierwszych przypadkach, we wszystkich bezwarunkowo, otrzymano mniejszy lub większy dodatni wynik leczniczy. U wszystkich bowiem tych chorych zmniejszyły się bezwzględnie krwawienia i to tak co do czasu trwania, jak i co do nasilenia krwotoku. A trzeba przecież wziąć to pod uwagę że były to wszystko jak uprzednio już zaznaczyłem chore, u których leczenie inne, dotychczas powszechnie stosowane, nie odniosło należytego skutku.

Z tego pozwalam sobie wyciągnąć wniosek, że w odniesieniu do tego rodzaju przypadków, mamy w Sistomensinie środek leczniczy, który można zastąpić ze znanych, chyba tylko jedynym jedynym, to znaczy, naświetlaniem promieniami Roentgena. Nie ulega jednak z drugiej strony żadnej dla mnie wątpliwości, że pomimo Sistomensiny będziemy jeszcze zmuszeni leczyć cały szereg odnośnych chorych, promieniami. Przypuszczam bowiem, że i Sistomensina, zawiedzie w pewnym odsetku przypadków, nasze oczekiwania. W każdym bądź razie, tak, jak dzisiaj się sprawa przedstawia, nie można Sistomensinie odmówić znaczenia w leczeniu krwawień miesięcznych obfitych i długotrwałych, z błony śluzowej macicy, w której anatomicznych podstaw do nich nie znajdujemy.

To samo powiedzieć można i o przypadkach następnych. Krwawienia mające przyczynę w chronicznym czynnościowym przeroście błony śluzowej macicy możemy doprowadzić do normy dzięki podawaniu Sistomensiny. We wszystkich bezwzględnie sześciu przypadkach leczonych na oddziele, na czas i w odpowiedniej ilości podana Sistomensina, powodowała zawsze skrócenie trwania i wybitne zmniejszenie nasilenia miesiączek, a co za tem idzie polepszenie stanu ogólnego chorej.

Duża stosunkowo ilość chorych, na sprawy zapalne przydatków, jaką na moim oddziele mam sposobność leczyć, dała mi możność wypróbowania wartości leczniczej Sistomensiny i w przypadkach krwawień z macicy, towarzyszących tymże sprawom w stanach chronicznych. Podano w tych razach ogółem Sistomensinę, jak już powyżej nadmieniłem w dziesięciu przypadkach i to tak w postaci kołaczyków, jak też i zastrzyków śródmięśniowych. Wynik był w sześciu przypadkach bardzo dobry, w dwóch zadowalający, a tylko w jednym nie było żadnego. Zasługuje na uwagę spostrzeżenie, że podawanie w tych przypadkach Sistomensiny nie spowodowało ani razu pogorszenia lub jakiegokolwiek nawet najmniejszego zaostrzenia sprawy zapalnej miejscowej. Z tego dalszy wniosek, że podawać ją można przy sprawach zapalnych bez jakiejkolwiek obawy o to, aby wywarła niekorzystny wpływ na samo ognisko zapalne.

Uporczywe krwawienia okresu przekwitania. Historja ich leczenia dawna i bardzo różnorodna. Środki farmaceutyczne, skrobanki, atmokausis, wycięcia całkowite i nadpochwowe odcięcia macicy, roentgenoterapja, wreszcie w nowszych czasach radjoterapja, oto spis metod, któremi starano się w tych razach wpłynąć korzystnie na ten przykry i niebezpieczny objaw okresu przekwitania. Postanowiłem więc między innemi przebadać wpływ Sistomensiny na tego rodzaju krwawienia. Leczyłem takich przypadków ośm. U każdej z chorych wykonywano nasamprzód skrobankę i wyskrobane strzępy poddawano badaniu mikroskopowemu, a potem o ile krwawienia powróciły, podawano Sistomensinę według powyższego przepisu. W ten sposób postępując, uzyskano z tych ośmiu przypadków, w pięciu wynik bardzo dobry, w jednym wynik zadowalający, a w dwóch nie widziano żadnego wyniku. Te dwie chore musiano skierować do zakładu roentgenologicznego. Z powyższych uwag wynika, że przy krwawieniach występujących w okresie przekwitania, w dużym odsetku przypadków Sistomensina oddaje też dobre wyniki. To samo spostrzeżenie zrobili Seitz i jego współpracownicy.

Krwawienia z macicy mające swoją przyczynę w skazie krwotocznej, również pod wpływem podawania Sistomensiny wyraźnie się zmniejszają. Przypadków, w których stwierdzono wadę krwotoczną przy pomocy odpowiednich badań klinicznych, leczyłem Sistomensiną tylko dwa. W jednym, gdzie skaza była nieznacznego stopnia, uzyskano doprowadzenie miesiączek do normy, ale dopiero po zastosowaniu zapobiegawczem Sistomensiny w postaci wstrzykiwań i to w dużej stosunkowo ilości, bo aż do czterech (wyjątkowo) ampułek dziennie. Podawanie kołaczyków nie dało zadowalającego wyniku, chociaż zaznaczyć muszę, że i po podaniu tych ostatnich nasilenie się cośkolwiek zmniejszyło. A była to kobieta młoda, która poprzednio podczas miesiączek zjadała całe masy rozmaitych środków leczniczych, i u której stosowano dożylne wlewanie roztworów wapnia, wszystko bez jakiegokolwiek większego wyniku leczniczego. Drugi z tego rodzaju przypadków, leczony Sistomensiną, dotyczył młodej dziewczynki ze skazą krwotoczną bardzo znacznego stopnia. Stosowanie Sistomensiny u niej, i to tak w postaci kołaczyków, jak i zastrzyków, pomimo, że doprowadziło do zmniejszenia nasilenia krwawień, przecież jednak okazało się nie wystarczającem i zmusiło do leczenia chirurgicznego chorej. Opierając się na tej, jeno skąpej liczbie spostrzeżonych przypadków skaz krwotocznych, względnie krwawień z macicy na ich tle występujących, ośmielam się twierdzić, że przy krwawieniach z macicy na tle skaz krwotocznych, należy w pierwszym rzędzie próbować podawania Sistomensiny. Mam to przekonanie, że w wielu przypadkach zaoszczędzi się chorej niepotrzebnego dalszego leczenia. Lecz Sistomensinę w tych razach należy stosować w postaci li tylko wstrzykiwań śródmięśniowych, w dużych dawkach, nawet do czterech ampułek dziennie i to na pięć do sześciu dni przed mającą wystąpić miesiączką oraz bez przerwy aż do jej ustąpienia.

Zawiodło natomiast podawanie Sistomensiny przy krwotokach z macicy na tle włókniako-mięśniaków macicy. Leczono chorych sześć.

A teraz z kolei rzeczy o drugiej grupie przypadków, to znaczy o przypadkach leczonych antagonistycznie działającą Agomensiną. Agomensinę podawałem również w postaci kołaczyków i zastrzyków śródmięśniowych. Kołaczyki w ilości od dwóch do pięciu dziennie, a zastrzyki od jednego do trzech dziennie zależnie od ciężkości danego przypadku. Przyczem zaznaczam, że przy stosowaniu Agomensiny nie ograniczałem się początkowo do podawania leku tylko w okresie przedmiesiączkowym i podczas miesiączki samej, przynajmniej na początku leczenia, lecz, że stosowałem ją przez dłuższy przeciąg czasu, bez przerwy, nawet przez kilka miesięcy z rzędu. Dopiero po uzyskaniu wyniku w postaci wystąpienia miesiączki podawałem lek tylko na kilka dni przed miesiączką i w czasie niej. Tak samo, jak i przy Sistomensinie tak przy Agomensinie nie zauważyłem w żadnym przypadku, żadnych ubocznych i szkodliwych objawów dla chorej.

W pierwszych trzech przypadkach nie otrzymano korzystnego wyniku działania. Dotyczyły one chorych z bardzo daleko posuniętym niedorozwojem narządów rodnych powikłanym brakiem miesiączki, u osób młodych. Nie otrzymano żadnego wyniku, pomimo, że stosowano równocześnie u tych chorych w celach leczniczych, różne zazwyczaj w tych razach używane zabiegi i środki farmaceutyczne. Nieco lepiej przedstawia się sprawa w przypadkach braku miesiączki średniego stopnia niedorozwoju macicy. Takich chorych leczono dwie. U jednej nie udało się doprowadzić do wystąpienia miesiączki wogóle, pomimo, że leczenie trwało blisko pięć miesięcy i oprócz Agomensiny posługiwano się także wszystkiemi innemi dotychczas znanemi środkami leczniczemi używanemi w tem schorzeniu. W drugim przypadku, leczenie początkowo ograniczało się do stosowania wszystkich ostatnio wspomnianych sposobów, jednak bez równoczesnego podawania Agomensiny i było bez jakiegokolwiek wyniku, pomimo czterech miesięcy leczenia. Dopiero podanie Agomensiny, jako uzupełnienie leczenia, przez przeciąg pięciu tygodni z rzędu spo-

wodowało pojawienie się bardzo skąpej dwa dni trwającej miesiączki. Ten wynik zachęcił do podawania wymienionego środka w dalszym ciągu u tej chorej, jeszcze przez cały miesiąc. Najprawdopodobniej na skutek tego, znowu wystąpiła miesiączka, o nasileniu średniem, czas trwania trzy dni. Potem podawano tejże chorej Agomensinę w dalszym ciągu tylko już na sześć dni przed terminem każdorazowego perjodu. Miesiączki przychodzą dalej, co cztery tygodnie, są nie bolesne, o cechach prawidłowych. Zauważono równocześnie, także wyraźny rozrost i powiększenie się macicy. Kobieta ta, lat dwudziestu trzech pozostająca dziewięć miesięcy w leczeniu, niewątpliwie musi być uważaną za wyleczoną, do pewnego stopnia na skutek podawania Agomensiny. W dalszych trzech przypadkach braku miesiączki na skutek niedorozwoju narządów rodnych lecz bardzo nieznacznego stopnia u osób młodych do lat dwudziestu, uzyskano pojawienie się miesiączki już po podaniu przez dłuższy czas li tylko Agomensiny. Biorąc pod uwagę wyniki tych doświadczeń dochodzę do wniosku, że Agomensina jest dobrze działającym środkiem przy braku miesiączek, spowodowanym niedorozwojem narządów rodnych. Nie uważam jednak, aby ona w tych razach, zawsze i w każdym przypadku dać musiała wynik dodatni, lecz sądzę, że jej podawanie przez dłuższy czas, początkowo bez przerwy, a potem po wystąpieniu miesiączki tylko na kilka dni przed nią, w dużych dawkach w połączeniu z innemi zazwyczaj w tych razach stosowanemi środkami i zabiegami leczniczemi jest bezwarunkowo polecenia godnem i rokuje dobre wyniki. Bez podawania Agomensiny nie udałoby się ich na pewno uzyskać.

Podawanie Agomensiny odniosło też dobry skutek we wszystkich pięciu przypadkach ustania miesiączki z bliżej nieznanych przyczyn. U tych chorych po krótszym lub dłuższym czasie podawania wspomnianego leku, powróciła miesiączka i to z czasem o prawidłowym przebiegu. Opierając się na tych spostrzeżeniach śmiem twierdzić, iż stosowanie Agomensiny w tych razach szczególnie u osób młodych jest bezwzględnie polecenia godne.

W wypadkach skąpych miesiączek, leczenie Agomensiną przyczyniało się zawsze i stale do zwiększenia ich nasilenia i czasu trwania. Leczonych takich przypadków obserwowałem siedm i muszę powiedzieć, że podobnych wyników nie widziałem po zastosowaniu żadnego z dotychczas znanych środków.

Wreszcie w celach doświadczalnych podawano Agomensinę w pierwszych miesiącach ciąży u czterech kobiet w celach wywołania poronienia. U tych kobiet istniało lekarskie wskazanie do przerwania ciąży. Wynik był zawsze ujemny i pomimo nawet bardzo znacznych ilości stosowanej Agomensiny zawsze musiano przerywać ciążę operacyjnie.

Na tem kończę omawianie moich doświadczeń klinicznych, przeprowadzonych nad działaniem wyciągów z ciałka żółtego i dochodzę na podstawie nich do następujących wniosków:

I. wyciągi z ciałka żółtego, a co za tem idzie i samo ciałko żółte, oddziaływują na błonę śluzową macicy, względnie na krwawienia z niej pochodzące.

II. działanie wyciągów z ciałka żółtego jest dwojakie, zależne od zawartych w niem ciał.

III. w zasadzie udało się wyodrębnić dwa antagonistycznie działające rodzaje ciał, hamująco wpływające na krwawienia, tak zwany luteolipoid (Sistomensina) i wzmagającą krwawienia tak zwaną lipaminę, względnie luteaminę (Agomensina).

IV. dzięki tym wyciągom możemy wpływać na pewne rodzaje krwawień z macicy i zależnie od podanego preparatu albo je zmniejszać (Sistomensina) albo powiększać lub wywoływać (Agomensina).

V. Rozpoczęte wcześnie leczenie wymienionemi środkami, w bardzo wysokim odsetku przypadków doprowadza do dobrych wyników u chorych cierpiących na zaburzenia w zakresie krwawień miesiączkowych, oraz niektórych innych rodzajów patologicznych krwawień z błony śluzowej macicy.

VI. podawanie wyciągów tych, czy to w postaci kołaczyków ,czy też zastrzyków śródmięśniowych pozwala do pewnego stopnia na regulowanie nasilenia i czasu krwawień miesięcznych.

VII. Dzięki badaniom teoretycznym zyskaliśmy tak w Agomensinie, jak i w Sistomensinie leki, których zastąpienie innemi dotychczas znanemi, w wielu przypadkach jest prawie, że nie możliwe.

VIII. Tak Sisto- jak i Agomensina działają szybciej i energiczniej stosowane w postaci zastrzyków śródmięśniowych aniżeli podawane w kołaczykach.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent kliniki. Lwów.

Doświadczenia kliniczne z ago — i sistomensiną „Ciba".

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Ścisła zależność błony śluzowej macicy i samej macicy od czynności jajników, a raczej ich hormonów jest rzeczą obecnie pewną.

Nic też dziwnego, że wielu autorów — szczególnie w ostatnich czasach amerykańskich — stara się każdą nową zdobycz w pracach nad wyosobnieniem hormonów jajnikowych wyzyskać do celów praktycznych, a więc leczniczych na polu zaburzeń w krwawieniach cyklicznych macicy — i naodwrót każdy postęp w leczeniu tychże zaburzeń musi z natury rzeczy rozpoczynać się od mikro-chemicznych i biologicznych dociekań nad istotą gruczołową i hormonalną jajników.

I istotnie kwestja wewnętrznego wydzielania jajnika i ciałka żółtego, ich wzajemny stosunek do siebie i do macicy, wreszcie kwestja wyodrębnienia pewnych hormonów czy też chemicznych składników wyżej nazwanych gruczołów i zużytkowanie ich do celów terapeutycznych — oto ciągle czekające na odpowiedź i — szczególnie w ostatniem dziesięcioleciu — coraz żywszą dyskusję wywołujące zagadnienia.

Ośrodkiem tych wszystkich zagadnień i dociekań to ciągle jeszcze nierozstrzygnięta kwestja ciałka żółtego — ściślej rzecz biorąc — jego rola w normalnym miesiączkowaniu, wreszcie jego stosunek do komórki jajowej i do macicy.

Punktem zwrotnym w pojmowaniu i znajomości czynności ciałka żółtego było stwierdzenie na podstawie biologicznych badań naprzód przez Prenant'a we Francji, a potem przez Borna w Niemczech, że ciałko żółte jest gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu. Dalszym etapem był r. 1903, w którym Fränkel postawił po długich i wyczerpujących badaniach swoją słynną tezę: *„ciałko żółte jest tym gruczołem, który u ludzi co 4 tygodnie, u zwierząt zaś w odpowiednich odstępach czasu — na nowo się tworzy i spełnia stale tę samą czynność: wywołuje w macicy okresowo stan odżywczy, który jej nie pozwala powrócić w stadjum dziecięce, ani też przejść za szybko w okres starczy, nadto ma zdolność przygotowania błony śluzowej macicy na przyjęcie zapłodnionego jaja.*

Skoro jajo zostaje zapłodnione, to ciałko żółte spełnia jeszcze przez pewien czas tę samą czynność, by módz sprostować w zmożonej mierze odżywianiu macicy, a to celem umożliwienia usadowienia się i dalszego rozwoju jaja. Na wypadek nie przyjścia do zapłodnienia, przekrwienie macicy powoduje krwawienie miesiączkowe, a ciałko żółte zanika".

W ostatnich latach już bardzo niewielu pozostało takich, którzyby nie uznawali związku zasadniczego, jaki zachodzi między ciałkiem żółtem, a macicą. Do wyjątków należą tacy jak Schickele i Mathes, z których ostatni twierdzi, że ciałko żółte działa tylko „niszcząco", a już najbardziej krańcowym jest Gardlund, który ciałko żółte uważa tylko za zwykłą bliznę po procesie owulacji. W innym kierunku idzie uczeń Steinacha Lipschütz, który uważa ciałko żółte wspólnie z t. zw. gruczołem interstycjalnym za źródło drugorzędnych cech płciowych, inaczej za t. zw. gruczoł pokwitania (Pubertätsdrüse). Większość autorów jednak zgodna jest w tem, że ciałko żółte jest gruczołem o wewnetrznem wydzielaniu i, że zawiera hormon czy też więcej hormonów czynnych, mających zasadniczy i niezaprzeczalny wpływ na przemiany cykliczne błony śluzowej macicy, a więc na miesiączkowanie, a także na początkową ciążę jako *corpus luteum graviditatis.*

Dyskusja toczy się obecnie jedynie nad szczegółami dotyczącymi roli ciałka żółtego jako organu o wewnętrznem wydzielaniu, a specjalnie na dokładnem oznaczeniu jego zakresu i czasu działania, wreszcie nad jego składem chemicznym i hormonalnym.

Dla dokładności pozwolimy sobie przypomnieć, że według badań Hitschmanna i Adlera błona śluzowa macicy nie pozostaje nigdy w spoczynku — jak dawniej przypuszczano — a przeciwnie jest w ciągłej zmienności anatomicznej, w stałem podnoszeniu się i opadaniu fali przerostu, która mając swój punkt kulminacyjny w menstruacji wraca stopniowo do stanu normalnego, aby znowu bez żadnej przerwy zacząć przerastać, tworząc okres t. zw. praemenstruum.

Cały szereg autorów jak R. Meyer, Fränkl, Halban, Zietsch i Schröder twierdzi, że rola ciałka żółtego i jego wpływ na przerost błony śluzowej macicy rozpoczyna się od pęknięcia pęcherzyka Graaf'a, który to pęcherzyk do tego czasu jako równorzędny organ o wewnętrznem wydzielaniu sprawuje powyższe czynności.

Co do tej linji granicznej początku działania ciałka żółtego nie ma prawie żadnych rozbieżności w zapatrywaniach poszczególnych autorów. Inaczej się ma sprawa z oznaczeniem drugiej granicznej działania ciałka żółtego, a więc czasu i miejsca, gdzie się kończy jego wpływ i działanie.

I tak podczas, gdy R. Meyer i Schröder na podstawie badań histologicznych — wyrażają zdanie, że razem z menstruacją wygasa czynność ciałka żółtego jedno i drugie jako następstwo śmierci jaja — a zakończenie menstruacji i regenerację błony śluzowej macicy uważają za proces samodzielnego gojenia się niezależnie od ciałka żółtego, to Jaffé twierdzi — na podstawie badań nad lipoidami, że ciałko żółte *post menstruationem* posiada także jeszcze pewną czynność (Zondek Aschheim).

Temu ostatniemu zapatrywaniu przeczą w swej znakomitej pracy eksperymentalnej p. t.: „doświadczalne badania nad czynnością hormonu jajnikowego“ B. Zondek i S. Aschheim — stwierdzając ponad wszelką wątpliwość, że *corpus luteum post menstruationem* nie zawiera żadnej czynnej substancji, jest więc pozbawione wszelkiej czynności i wpływu na dalsze przemiany cykliczne błony śluzowej macicy. Jeszcze dalej idą Labhardt i Aschner twierdząc, że nawet sam akt miesiączkowania ma miejsce już po zupełnem wygaśnięciu czynności ciałka żółtego.

Drugiem ważnem zagadnieniem to kwestja badań histologicznych.

Toż samo dotyczy badań histologicznych i histochemicznych ciał tłuszczowych: t. zw. lipoidów ciałka żółtego. Cały szereg autorów jak R. Meyer, Marcotty, Weisshaupt, v. Mikulicz-Radecki, Wiczyński i Jaffé zajmywali się dokładnem studjowaniem tych właśnie histologicznych i histochemicznych własności lipoidów — nie wiele jednak nowego wnieśli do poznania czynności tychże lipoidów w odniesieniu do kwestji wewnętrznego wydzielania ciałka żółtego, co zresztą przyznaje obecnie sam R. Meyer. (Ascheim i Zondek). Z wszystkich powyższych prac wiadomem jest tylko, że tym czynnym inkretem ciałka żółtego powinien być jakiś lipoid.

Inni autorowie starali się przez sporządzanie najrozmaitszych wyciągów z ciałka żółtego wyjaśnić istotę jego i wyodrębnić w ten sposób jego czynny inkret.

Duże zasługi położył w tym kierunku Fellner jak to słusznie podkreślili Aschheim i Zondek, nadto Fraenkel i Hermann, z których ostatni wyodrębnił z ciałka żółtego ciało, które on uważał za *pentaminphosphatid*. Wreszcie udało się Seitzowi i Wintzowi już w r. 1914 wyosobnić z ciałka żółtego dwie substancje o pozornie antagonistycznym działaniu, a to w wodzie rozpuszczalną Lipaminę lub Luteaminę, która w handlu znajduje się pod nazwą *agomensiny* i w lipoidach rozpuszczalny Luteolipoid, który jest znany pod nazwą *sistomensiny*.

Sistomensina jest według zapodań Fausta identyczną z substancją, wyodrębnioną przez Hermanna, o której powyżej była mowa.

Hartmannowi i Islerowi udało się przez starannie wypracowane postępowanie oczyszczające uzyskać z sistomensiny neutralne ciało, związane z wyższymi, niewysyconymi kwasami tłuszczowymi, które u króliczek bardzo silnie pobudzająco działa na rozwój i wzrost aparatu płciowego, a u skastrowanych żeńskich szczurów i myszy wywołuje typowe objawy ruji, które według metody Allen i Doisy dają się wykazać.

Zachęceni mnożącymi się w ostatnich latach w literaturze publikacjami potwierdzającymi ich wartość terapeutyczną — przystąpiliśmy już dawno do doświadczeń z tymi preparatami na tut. klinice.

Sistomensina. Cały materjał, na którym stosowaliśmy sistomensinę podzieliliśmy dla lepszego przeglądu na 3 grupy.

I tak do grupy pierwszej zaliczamy przypadki krwawień, w których badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian anatomicznych w organach rodnych, a w których wszystkie inne środki zwykle podawane t. zw. styptica z tych specjalnie preparaty sporyszowe nie pomagały.

Ogółem przypadków takich mieliśmy 23.

Dawkowanie: sistomensinę stosowaliśmy w sposób kombinowany, t. zn. naprzód zwykle w formie zastrzykiwań podskórnych, a następnie przez dłuższy czas w postaci kołaczyków doustnie.

Na wspomnianych 23 przypadków u 5-ciu był wynik ujemny. Nie zadowalając się podaniem samych cyfr, które same już zresztą wymownie świadczą za skutecznością omawianego preparatu, chcę zatrzymać się nieco przy tej grupie i zwrócić uwagę na doświadczenia, jakie zrobiłem podczas stosowania w tych przypadkach sistomensiny. Idzie tu mianowicie o stosowanie sistomensiny w nieregularnie występujących miesiączkach i to o typie przyspieszającym się.

W tych przypadkach stosowaliśmy sistomensinę w zastrzykach i to 3 razy tygodniowo po jednej fiolce przez 2 tygodnie, nadto podawaliśmy równocześnie 3 razy dziennie po 2 kołaczyki w ilości do 40-tu.

I tak u chorej K. J. lat 23, — która stale miesiączkowała co 3, a nawet co $2^1/_2$ tygodnia i to dość obficie — po wyżej opisanem kombinowanem leczeniu przyszedł perjod zupełnie normalnie i trwał przez dni 3 w ilości również prawidłowej.

W następnych dwóch miesiącach podawałem sistomensinę już tylko doustnie i to na tydzień przed czasem, w którym mogłaby przyjść przyspieszona miesiączka, a więc w 3-cim tygodniu.

Menstruacja przychodziła stale co 4 tygodnie, normalna prawidłowo przebiegająca.

W 4-tym miesiącu nie podaliśmy już zupełnie sistomensiny, a to celem przekonania się, czy i bez tego preparatu chora nie będzie normalnie miesiączkowała.

W przypadku tym chora dostała perjod przyspieszony w 3-cim tygodniu jak przed leczeniem. Rozpisuję się nad powyższym przypadkiem tylko dlatego, ponieważ na nim zupełnie niezbicie stwierdzić można działanie sistomensiny. U chorej tej osiągnęliśmy wyleczenie trwałe po 8-miu miesiącach stosowania sistomensiny.

Do grupy drugiej zaliczyliśmy przypadki krwawień klimakterycznych, niepowikłanych z równoczesnem istnieniem raka lub mięśniaka macicy. Na 19 takich przypadków tylko w 2 przypadkach wynik był ujemny. Widzimy więc, że zapatrywanie Brauna, który uważa krwawienia klimakteryczne za najbardziej odpowiedni teren do stosowania sistomensiny znajduje w naszych doświadczeniach zupełne potwierdzenie.

Trzecia grupa to przypadki krwawień z równocześnie istniejącymi zmianami zapalnymi w przydatkach. Na 28 przypadków leczonych tylko sistomensiną w 12-tu uzyskaliśmy pomyślny wynik. Z pozostałych 16 przypadków leczonych kombinacyjnie sistomensiną i *calcium chloratum* dożylnie wyleczenie nastąpiło w 8-miu. Wynikałoby z tego, że sistomensina w przypadkach tych jest mniej skuteczna aniżeli skombinowana równocześnie z wapniem.

Zestawiając powyższe doświadczenia musimy stwierdzić, że wyniki nasze pokrywają się prawie w zupełności z wynikami uzyskanemi przez Seitza, Wintza, Steinera, Brauna i Schwarza oprócz różnic mniejszej wagi, zaznaczonych w tekście, nadto z wyjątkiem sprawy skutecznego działania sistomensiny w przypadkach krwawień połączonych z równocześnie istniejącymi mięśniakami (Braun) co do którego mamy zastrzeżenia natury zasadniczej.

W dwóch przypadkach u młodych osób w wieku 17—18 lat, które cierpiały na obfite upławy, a gdzie badanie drobnowidowe nie wykazało żadnego tła zakaźnego, zastosowaliśmy sistomensinę „Ciba“ w myśl przypuszczenia że i wydzielina pochwy (specjalnie pochodzenia nieinfekcyjnego) zależna jest od czynności jajników, co zresztą podnosi w swej pracy o sistomensinie Schwarz.

Wyleczenie tu nie było wprawdzie stałe gdyż w obu przypadkach w jakiś czas po ustaniu stosowania sistomensiny upławy powracały. Nie mniej jednak efekt powyższy daje dużo do myślenia. Braun zaleca nadto stosowanie sistomensiny u położnic karmiących, w przypadkach niedostatecznej ilości pokarmu.

Agomensina. Agomensinę stosowaliśmy w przypadkach nieregularnych miesiączek o typie zpaźniającym się i w przypadkach braku miesiączki u kobiet w wieku młodym, u których badanie przedmiotowe wykazało organa rodne o typie infantylnym.

W pierwszej grupie mieliśmy na 14 przypadków tylko 3 niepomyślne, w drugiej jednak grupie na 8 przypadków tylko 4 pomyślne, a więc 50% wyleczenia.

Natomiast w przypadkach *dysmenorrhei* oddała nam agomensina niejednokrotnie duże usługi, co podkreślamy tem więcej, że naogół rzadko stosuje się ten preparat w powyższych dolegliwościach.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o wartości t. zw. organoterapji. Po pierwszych zbyt optymistycznych próbach nad przyrodą specyficznie działających hormonów i pozyskania ich do celów leczniczych, weszła kwestja powyższa w stadjum — mojem zdaniem — zbyt znowuż pesymistyczne. Zondek i Stickel zaprzeczają wogóle specyficznemu działaniu preparatów organicznych jako takich i twierdzą, że działanie ich zależne jest raczej od sposobu fabrykacji danego środka. Nie mniej jednak tenże sam Stickel na innem miejscu chwali sistomensinę i zaleca jej stosowanie. I nasze wyżej przytoczone doświadczenia, wykazujące niezbicie skuteczność obu omawianych preparatów zmuszają nas do wyrażenia zdania, że tak agomensina jak i w znaczniejszej mierze — sistomensina „Ciba“ są preparatami bardzo pomocnymi, a nieraz niezdowodnymi w terapji zaburzeń w normalnej przemianie błony śluzowej macicy.



Ryc. 1.
Pęcherz mężczyzny 21-letniego. Cystoskopowo i funkcjonalnie normalny. Cystografja.



Ryc. 2.
Ten sam pęcherz jak ryc. 1. Cystopneumografja.



Ryc. 5.
Pęcherz mężczyzny 17-letniego podczas mikcji. — Cystografja. Zdjęcie osiowe.



Ryc. 6.
L. 1544/25. Chory U. S. lat 73. ***Hypertrophia prostatae. Hernia inguinalis ambilateralis.*** Cystografja: Obraz pęcherza rogalkowaty. Dolny biegun znacznie ponad brzegiem spojenia łonowego. Dyslokacja przez powiększony gruczoł krokowy. Końce rogalka sięgają obustronnie daleko na bok i na zewnątrz w kierunku kanałów pachwinowych. Deformacja skutkiem dyslokacji przepuklinowych. Kontur pęcherza drobnofalisty ***(cystitis trabecularis).***



Ryc. 9.
L. 1974/26. Chory R. N. lat 11. Cystografja: Pęcherz mały, zdeformowany. Kontury ściany górnej i prawej zatarte, poszarpane wykazują szereg ubytków. Pęcherz w całości przesunięty na lewo. *Cystitis ulcerosa TBC.* Stwierdzona bakterjolog.



Ryc. 10.
L. 1966/26. Chory F. I. lat 71. Cystografia: Po stronie prawej ubytek cienia pęcherza zajmujący całą ścianę boczną i ścianę dolną. Granice ubytków wystrzępione, mało ostre. Po stronie lewej pęcherz wypukla się w kierunku kanału pachwinowego. ***Hernia inguinalis sinistra. Carcinoma vesicae*** typu papillomatycznego stwierdzone cystoskopowo i histologicznie.



Ryc. 3.
Pęcherz mężczyzny 21-letniego. *Spina bifida*. Cystografja. Zdjęcie osiowe.



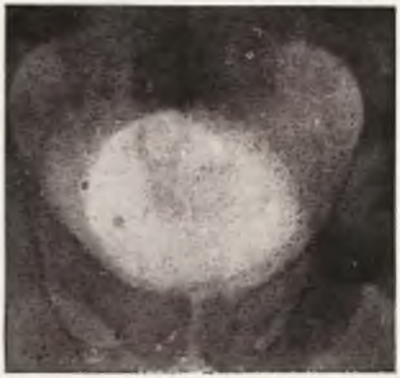
Ryc. 4.
Pecherz kobiety 28-letniej. Cystoskopowo i funkcjonalnie normalny. *Anteflexio uteri*. Cystografja.



Ryc. 8.
Ten sam pęcherz jak w rycinie 7. — Zdjęcie osiowe.



Ryc. 7.
L. 1715/25. Chora K. B. lat 28. Cystoskopowo 6 polipów w cewce moczowej. Cystografja: Pęcherz znacznie zdeformowany. Dolny kontur znacznie powyżej spojena łonowego. Dysłokacja przez polipy. Na górnej ścianie pęcherza od tyłu u c h y ł e k wielkości niemal drugiego pęcherza, przebiegający więcej ku stronie lewej. Nadto szereg drobnych uchyłków na całym pęcherzu. Operacyjnie stwierdzony.



Ryc. 12.
L. 1949/25. Chory D. O lat 29. Rentgenogram miednicy wykazuje drobne okrągłe cienie, jakby konkrementów, w okolicy pęcherza. Cystopneumografja: Cienie okrągłe przy zmienianiu kierunku zdjęć pojawiają się poza konturami wypełnionego pęcherza, jak na rycinie cień bardziej na zewnątrz położony. Tem samem leżą pozapęcherzowo. *Flebolity*.



Ryc. 11.
L. 1578|25. Chory M. B. lat 41. *Cystitis ulcerosa. abscessus paravesicalis.* Cystografja: Pęcherz kulisty. Po stronie lewej płaski defekt pęcherza o konturze drobnofalistym, zatartym. Lewy moczowód wypełniony w obrębie miednicy małej. *Regurgitatio ureteris.*



Ryc. 13.
L. 1611/26. Chory K. J. lat 22. *Incontinentia urinae. Spina bifida* obejmująca całe *os sacrum*. Cystografja: Pecherz sercowaty, górna powierzchnia poziomo ścięta. Kontury ostre. Wada napięcia mięściówki pęcherza w związku z wadami innerwacji ogonowego odcinka ciała.

Piśmiennictwo:

Allen-Doisy: An Ovarian Hormone. Preliminary Report. Journ. of the Americ. med. assoc. 81. 1923. — Allen-Pratt-Doisy: The Journ. of the Americ. Med. assoc. 1925. — Adler: Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 11. — Benthin: D. med. Wochenschr. 1925, 31. — Barach: W. med. Wochenschr. 1924. 27. — Braun: D. med. Wochenschr. 1926, 40. — Esch: Zentralbl. f. Gyn. 1920. — Fellner: Arch. f. Gyn. Nr. 100. — Fellner: Zentralbl. f. Gyn. 1921. Nr. 16. — Fraenkel: Halban-Seitz. Tom I. — Geller: Berichte über die gesamte Gyn. u. Geburtsh. sowie deren Grenzgebiete. Tom 4. zesz. 8. — Fellner: Arch. f. Gyn. 120. r. 1923. — Halban i Köhler: Arch. f. Gyn. 103. — Herrmann: Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1921, 54. Herrmann: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1925. 41. — Herrmann i Stein: Zentralbl. f. Gyn. 1920. 51. — Köhler: Halban-Seitz. Tom II. — Labhardt: Zentralbl. der Gyn. 1920. Nr. 8. — Lahm: Anatomiczno-patologiczne podstawy chorób kobiecych 1922. — Liebhart: Polska gaz. lek. 1926, Nr. 29—30. — Loewe: Zentralbl. f. Gyn. 1925. Nr. 31. — Mathes: Arch. f. Gyn. 1923. Nr. 119. — Matsun: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1923. 64. — Meyer: Arch. f. Gyn. 113. — Meyer: Zentralbl. f. Gyn. 1924. Nr. 29. — v. Mikulicz-Radecki: Arch. f. Gyn. 1922, 116. - Novak: Zentralbl. f. Gyn. 1923. Nr. 17. — Ruge II. Arch. f. Gyn. 1918. 109. — Schröder: Halban-Seitz. Tom III. — Schwarz: Schweiz. med. Wochenschr. 1926, Nr. 33. — Seitz i Wintz: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1919, 49. — Steiner: Med. Klinik. Nr. 2. 1926. — Stickel: Arch. f. Gyn. 1922, Nr. 117. — Stickel i Zondek: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1923. 75. — Weishaupt: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1921, 56. — Wiczyński: Praca habiktacyjna 1920. — Wiczyński: Zentralbl. f. Gyn. 1922. Nr. 51. — Zondek: Arch. f. Gyn. 1922, 117. — Zondek; Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 88. — Zondek: Arch. f. Gyn. 120. — Zondek i Aschheim: Arch. f. Gyn. 1925. Nr. 127. — Zondek i Wolf: Zentralbl. f. Gyn. 1924. Nr. 40. — Feyrter: W. kl. Woch. 1927. Nr. 2.

Dr. Tadeusz ZAWODZIŃSKI. Asystent Kliniki. Warszawa.

Spostrzeżenia kliniczne w sprawie działania Cybalginy.

Z kliniki Ginekologiczno-Położniczej U. W.
Dyr. Prof. dr. med. A. Czyżewicz.

Sprawa dobrego środka kojącego ból pozostaje ciągle żywotna, pomimo istnienia całej masy leków, stosowanych w tym celu.

Nie ulega kwestji, że morfina i inne alkaloidy z grupy makowca zdobyły sobie sławę najbardziej niezawodnych; niestety, jednak, słuszna obawa przed szkodliwością morfiny, a głównie przed przyzwyczajeniem do niej skierowała wysiłki chemików-farmakologów ku wynalezieniu środka przeciwbólowego równie skutecznego, ale nieszkodliwego.

Szereg badaczy od lat przeszło dwudziestu, poczynając od Fischera i von Meringa, starało się wytworzyć analgeticum z pochodnych kwasu barbiturowego. Już w pierwszych próbach farmakologicznych zarysowała się różnica działania pomiędzy morfiną, a kwasem barbiturowym. Pierwsza, jak wiadomo, działa hamująco na wyższe ośrodki czuciowe, łuku zaś odruchowego nie poraża wcale, a nawet działa nań pobudzająco; natomiast pochodne kwasu barbiturowego zmniejszają przedewszystkiem pobudliwość łuku odruchowego, podnosząc próg dla bodźca czuciowego, pragnącego przedostać się do świadomości. Stąd też po zastosowaniu barbituratów stwierdza się ogólne uspokojenie, jakby lekkie zahamowanie psychiczne. Skutkiem zaś działania morfiny bywa podniecenie, tak jaskrawo występujące u nałogowych morfinistów.

Z pomiędzy licznych pochodnych kwasu barbiturowego wypróbowaliśmy na Klinice Ginekologiczno-Położniczej U. W. cybalginę.

Jestto związek chemiczny kwasu dwualilobarbiturowego z piramidonem, wypróbowanym środkiem nietylko przeciwgorączkowym, ale i przeciwbólowym. Kwas dwualilobarbiturowy, w skrócie firmowym, dial, jest środkiem również znanym od lat kilkunastu, a wyróżniającym się z pomiędzy innych barbituratów swą łatwą rozpuszczalnością. Cechę tę, niezmiernie ważną dla stosowania parenteralnego, zachowuje w pełni cybalgina.

Literatura farmakologiczna o cybalginie jest jeszcze dość uboga, natomiast dial, główny jej składnik, jest dokładnie opracowany. Ostatnio w r. 1926. ukazała się ciekawa praca w literaturze amerykańskiej, porównująca siłę działania i toksyczność rozmaitych pochodnych kwasu barbiturowego. Okazuje się, że dla wywołania tego samego działania kojącego ból, potrzeba dialu czterokrotnie mniej, aniżeli weronalu. Badania powyższe dokonywane były na białych szczurach. Prawda, że określona jednocześnie dla nich dawka trująca dialu jest mniejsza niż weronalu, ale tylko dwukrotnie. W wyniku więc, granice dawkowania dialu są dwa razy szersze niż weronalu. Dla człowieka wbrew wyżej przytoczonym wynikom, świadczącym o stosunkowo większej toksyczności dialu, nie udało się ściśle określić dawki trującej. Jedyny wypadek śmiertelnego zatrucia dialem podano w kwietniu b. r. w Towarzystwie Medycyny Sądowej w Paryżu. Śmierć nastąpiła po połknięciu 71 pastylek po 0,1 dialu. Przenosi to 70-krotnie dawkę leczniczą. Z literatury dawniejszej znane są przypadki, gdzie po zażyciu 25-krotnej dawki leczniczej naraz następował li tylko długotrwały głęboki sen, jednak pacjenci wracali do zdrowia bez żadnego leczenia. Dawka lecznicza dialu wynosi, jak wiadomo. 0,1 grm. natomiast w dawce leczniczej cybalginy znajduje się tylko 0,03 grm dialu, a więc ledwie trzecia część dawki, która powiększona przeszło dwudziestokrotnie jeszcze nie wywoływała śmiertelnego zatrucia. To też przypuszczać należy, że toksyczność cybalginy jest jeszcze mniejsza niż siła trująca dialu.

To, że za pomocą tak znikomej dawki uzyskać można działanie przeciwbólowe, zawdzięczać należy, jak się zdaje, dodatkowo 0,22 grm. piramidonu, stanowiącego razem z kwasem dwualilobarbiturowym związek chemiczny. Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że połączenie chemiczne wyszczególnionych substancyj jest przyczyną tak energicznego ich działania, albowiem wiadomo, że podanie oddzielnie lub w mieszaninie każdego z tych leków w dawkach tak małych nie odnosi żadnego skutku.

Cybalgina znajduje się na rynku w postaci kołaczyków i w płynie. Jeden kołaczyk zawiera 0,03 grm. dialu i 0,22 grm piramidonu. Tyleż zawiera 1 cm³ płynu, który można stosować bądź w kroplach doustnie, bądź w postaci wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych. Ta ostatnia okoliczność ułatwia stosowanie i przyśpiesza działanie omawianego leku.

Przechodząc z kolei do omówienia wyników leczniczych, osiągniętych na Klinice Ginekologiczno-Położniczej U. W. po stosowaniu Cybalginy, podkreślić należy, że najlepsze i najważniejsze praktycznie wyniki udało się uzyskać w zwalczaniu bólów w przypadkach raka macicy, nie nadającego się do operacji.

Dotychczas w podobnych przypadkach stosowano szeroko i prawie bez ograniczeń morfinę, sądząc, że dla chorej, skazanej na szybką śmierć, niema znaczenia ani przyzwyczajenie do morfiny, ani trujące jej działanie. Jednak od czasu szerszego zastosowania energii promienistej w leczeniu raka, jednocześnie ze świtającą nadzieją na wyleczenie chorej, zjawiła się obawa przed zgubnemi dla niej skutkami morfiny. Toteż z radością można stwierdzić, że udało się znaleźć w cybalginie środek przeciwbólowy, w zupełności zastępujący morfinę w przypadkach nieoperacyjnego raka macicy. W bardziej gwałtownych cierpieniach stosowaliśmy wstrzykiwania podskórne z 2 cm³ cybalginy, co uśmierzało bóle na przeciąg przynajmniej 12—14 godzin. W przypadkach lżejszych wystarczało 2—3 krotne podanie kołaczyka doustnie lub odpowiedniej ilości płynnej cybalginy.

Zachęceni tak pomyślnemi wynikami, osiągniętemi w przypadkach raka macicy, zaczęliśmy stosować cybalginę przeciwko bólom najrozmaitszego pochodzenia. Działanie jej okazało się prawie niezawodne; tylko bóle pochodzenia otrzewnego nie poddawały się jej działaniu. Toteż, kiedy w 30 przypadkach próbowaliśmy zamiast 0,01—0,02 gm. morfiny podawać cybalginę w celu uspokojenia bólów pierwszego dnia po laparatomji, uzyskaliśmy względne tylko uspokojenie w 70% przypadków; w pozostałych zaś lek zawiódł nas zupełnie. Wstrzykiwaliśmy zwykle podskórnie 2 cm³ cybalginy wieczorem po operacji, podając niekiedy w czasie nocy jeden do dwóch kołaczyków doustnie, gdy działanie injekcji okazywało się zbyt słabe. Podobnie niezadowalające wyniki uzyskaliśmy w kilku innych przypadkach bólów pochodzących z otrzewnej. Tak naprz. w przypadku *haematocele anteuterina*, powiększającej się powoli lecz stale i rozciągającej zrosty otrzewnej — cierpienia nie poddawały się działaniu cybalginy. Ale już u chorych z ostrym stanem zapalnym przydatków macicy omawiany lek przynosił znaczną ulgę, a w dużej, gdyż blisko 50 przypadków obejmującej grupie bólów rozmaitego pochodzenia z wyjątkiem otrzewnego skutek cybalginy był prawie niezawodny. Pozwoliła nam ona obyć się bez morfiny w przypadku *phlegmasia alba dolens*, które to schorzenie, jak wiadomo, powoduje silne i trudne do uśmierzenia bóle. Bardzo dobre wyniki dała nam również cybalgina w szeregu przypadków z omawianej grupy w zwalczaniu bólów przypadkowo występujących u naszych chorych, jak to kolka wątrobowa, odmrożenie stóp trzeciego stopnia, bóle zębów i t. d. Osobno podkreślić należy, że w paru przypadkach bolesnego miesiączkowania mieliśmy znakomite wprost wyniki. Między innemi zaznaczyć należy, że podanie cybalginy przed skrobaniem macicy w 10 przypadkach resztek po poronieniu, jakkolwiek nie zniosło bolesności zabiegu (naogół niezbyt znacznej), to jednak wyraźnie wprowadziło pewną równowagę do umysłu pacjentki, znajdującej

się zwykle w tych chwilach pod wpływem panicznego strachu przed zabiegiem.

Reasumując stwierdzić możemy, na zasadzie około 90 przypadków, że cybalgina jest, jak się zdaje, nieszkodliwym i prawie niezawodnym środkiem kojącym bóle rozmaitego pochodzenia, jednak z wyjątkiem tych, które źródło swe mają w podrażnieniu otrzewnej. Szczególnie szerokie zastosowanie winna cybalgina znaleźć w ginekologji w zwalczaniu bólów w przypadkach raka macicy nieoperacyjnego, a leczonego energją promienistą radu lub promieniami Roentgena.

Piśmiennictwo:

1) G. Bickel et Katzenelenbogen: A propos des intoxications par les somniféres de la serie barbiturique. Les intoxications par le Dial. — 2) Nielsen, Higgins i Spruth: Hypnoties of the Barbituric Acid. Series. Journal of the Pharmacology a. Experimental Therapeutics. 1926. V. XXVI, 371—383. — 3) M. G. Desfarges: Société de la Medecine Légale 12 avril 1926. La presse Médicale. Nr. 37 r. 1926.

Dr. J. SCHENKER, i Dr. H. WACHTEL. Kraków.

O roentgenourologicznej metodzie badania pęcherza moczowego *).

W ostatnich latach stosuje się w urologji w szerokim zakresie metody badania roentgenologicznego, jako bardzo ważny czynnik uzupełniający metody cystoskopowe. Współpraca roentgenologji z urologją okazała się tak korzystną, iż doprowadziła do wytworzenia specjalnej metodyki i specjalnego instrumentarjum dla celów roentgenourologicznych.

Niniejszem przedstawimy zarys wyników diagnostycznych które uzyskano metodą rentgenourologiczną przy badaniu pęcherza moczowego. Sprawozdanie nasze opiera się głównie na własnem doświadczeniu.

Technika badania rentgenourologicznego pęcherza jest bardzo prosta. Podstawą jej jest zwykłe zdjęcie rentgenologiczne okolicy pęcherza moczowego. Ponieważ jednak kontrasty obrazu rentgenologicznego, otrzymanego w ten sposób są zazwyczaj niewystarczające, należy je specjalnemi sposobami powiększyć. Kontrasty takie można otrzymać, wprowadzając do wnętrza narządu powietrze lub inny gaz, albo ciała ciężkie, dające silne kontrasty z otoczeniem. Zależnie od tego, jakich substancyj używa się dla zwiększania kontrastów obrazu, dzieli się technika rentgenourologiczna na:

1) pneumografję, jeżeli wstrzykuje się gaz w otoczenie pęcherza moczowego,

2) cystopneumografję, jeżeli wprowadza się gaz do wnętrza pęcherza (Wittek 1903),

3) cystografję, jeżeli do pęcherza wprowadza się płyn kontrastowy, zawierający substancje cięższe od wody, jak kollargol, jodipina, lipiodol, sole bromu i sole jodu. Metodę tę podali pierwsi Voelker i Lichtenberg.

Główną metodą jest cystografja. Innych metod używa się, jako techniki uzupełniającej badania cystograficzne.

Doświadczenie pouczyło, że badanie rentgenourologiczne pęcherza daje tyle cennych wskazówek rozpoznawczych, iż należałoby każde badanie urologiczne skompletować rentgenourologicznem badaniem pęcherza. Wiele schorzeń pęcherza, które wykrywa już badanie cystoskopem można w całej rozciągłości ocenić dopiero przy pomocy odpowiedniego obrazu rentgenowskiego. A jest wiele przypadków, gdzie tylko badanie rentgenourologiczne prowadzi do słusznego rozpoznania choroby. Są to przedewszystkiem przypadki, kiedy wprowadzenie cystoskopu do pęcherza okazuje się z różnych względów niemożliwe. Tu należą daleko posunięte przewężenia ujścia cewki moczowej i jej przebiegu. W przypadkach tych posuwano się nawet do wykonania zabiegu chirurgicznego: meatotomji, względnie uretrotomji, dla umożliwienia wprowadzenia rury cystoskopu. Obecnie należy wprzód starać się postawić rozpoznanie drogą rentgenourologiczną, zanim zdecydujemy się na zabieg chirurgiczny. W przypadkach daleko posuniętego przerostu gruczołu krokowego, przy znacznem zmniejszeniu pojemności pęcherza, kiedy nie można go wypełnić ilością płynu niezbędną do wykonania cystoskopji, pozostaje jedynie badanie rentgenourologiczne. Wreszcie istnieje szereg schorzeń, gdzie nadmierna wrażliwość chorego uniemożliwia wykonanie cystoskopji. U małych dzieci i osób nerwowych napotyka się często na podobne przeszkody. Tu badanie rentgenourologiczne pozwala niejednokrotnie oszczędzić choremu przykrości cystoskopowania, względnie daje ściślejsze umotywowanie dla dalszych energiczniejszych przedsięwzięć celem umożliwienia cystoskopji (uśpienie itd.). Wreszcie należy pamiętać, iż szereg organicznych wad ustroju, które okazały się przeciwwskazaniem dla wykonania cystoskopji, nie przeszkadza wykonaniu badania rentgenourologicznego.

Przeciwwskazanie dla badania cystograficznego pęcherza stanowią jedynie ciężkie, niewyrównane wady serca i daleko posunięte zmiany w tętnicy głównej.

W zwykłym obrazie rentgenourologicznym na ogół normalnego pęcherza moczowego nie widać. Jeżeli natomiast napełnimy pęcherz powietrzem, otrzymamy na zdjęciu (negatywie) ciemniejsze pole, którego granice odpowiadają wewnętrznym konturom pęcherza. Przy cystografji otrzymujemy na zdjęciu jasną plamę, jako obraz wypełnionego pęcherza.

Przy ocenianiu obrazów pęcherza należy uwzględnić, że jest to narząd, którego pojemność i kształt są w wysokim stopniu zmienne, zależnie od stanu wypełnienia i od stanu skurczu mięśniówki. Do tego dołączają się zmiany kształtu uwarunkowane rozmaitą projekcją obrazów rentgenologicznych.

Ażeby się w mnogości obrazów zorjentować, przyjęto pewne stałe kierunki projekcji przy badaniu, a nadto ustalono pewną ilość płynu i gazu, którą wypełnia się pęcherz przed badaniem. Staramy się też dokładnie określić w jakim stanie funkcjonalnym znajdował się pęcherz w czasie badania.

Zasadniczą projekcją przy badaniu cystograficznem jest obraz przednio-tylny miednicy małej, podczas którego promień główny zdjęcia przechodzi przez górny brzeg spojenia łonowego w linji środkowej ciała.

W rentgenogramie otrzymanym w ten sposób, pęcherz normalny leży w środku obrazu miednicy małej, a na obrazie szkieletu miednicy widać oba *foramina obturatoria*, jako owalne cienie. Normalny pęcherz sięga przytem dolnym biegunem poniżej górnej granicy kości łonowych.

Obraz pęcherza otrzymany w ten sposób jest wynikiem projekcji pęcherza na kliszę: Przednia i tylna ściana pęcherza są wrysowane na siebie tak, że rozróżnić ich nie można. Natomiast wysuwają się kontury boczne pęcherza: górny kontur obrazu odpowiada szczytowi pęcherza, a dolny kontur jego dnu.
Chcąc przedstawić odrębne stosunki ściany tylnej i przedniej należy wykonać badanie w innej pozycji chorego. Stosuje się wówczas n. p. zdjęcie boczne pęcherza.

Ponieważ techniczne trudności takiego badania są nieraz wielkie, zadowalamy się często kompromisem i wykonujemy zdjęcie osiowe pęcherza w pozycji siedzącej chorego (lub według Mariona zdjęcie skośne). Na zdjęciu bocznem *foramina obturatoria* są niewidoczne, pęcherz pojawia się oddzielony od obrazu kości spojenia łonowego. W obrazie takim dolny kontur obrazu pęcherza odpowiada jego ścianie przedniej, podczas gdy kontur górny jest jego ścianą tylną.

Normalny pęcherz ma na obrazie wygląd kulisty, lekko sercowaty. Kształt ten zależy w pewnej mierze od wypełnienia jelit, od ciśnienia wśródotrzewnowego, wreszcie od stopnia skurczu mięśniówki narządu.

U kobiety górna granica pęcherza przebiega więcej poziomo i kształt sercowaty pęcherza jest silniej zaakcentowany, natomiast u mężczyzny pęcherz jest więcej okrągły. Zależy to od sąsiedztwa macicy, która u kobiety rozpycha swoim trzonem górne części pęcherza.

W normalnym pęcherzu ujście wewnętrzne jest zamknięte, płyn dostaje się do cewki moczowej tylko w czasie moczenia.

Zamknięte ujście wewnętrzne cewki przedstawia się, jako linja prosta. Tem samem okazało się, iż przypuszczenie anatomów, jakoby istniała specjalna szyjka pęcherza, *collum vesicae*, jest nieuzasadnione. *Pars membranacea uretrae* nie wchodzi w obręb normalnego pęcherza a *sphincter vesicae internus* spełnia sam funkcję zwieracza ujścia pęcherza.

Wielkość pęcherza oceniamy w stosunku do szkieletu miednicy na zdjęciach wykonanych przy napełnianiu pęcherza 150—200 cm^3 płynu kontrastowego. Normalny pęcherz znosi tę ilość płynu bez wywoływania u chorego bólu lub przykrego uczucia parcia na mocz. Obraz otrzymany w ten sposób jest więc obrazem pęcherza, którego mięśniówka znajduje się w stanie spoczynku. Przy wypełnieniu pęcherza powietrzem, pęcherz wydaje się mniejszy, niż przy tej samej ilości płynu w pęcherzu. Jest to rezultat odmiennego rozmieszczenia się ciężkiego płynu, który przedewszystkiem opada na boki pęcherza, i gazu, którego rozmieszczenie, więcej kuliste, reguluje się przedewszystkiem ciśnieniem wewnątrz-brzusznem.

Kontury normalnego pęcherza przedstawiają się gładko, równo i ostro. Wszelkie zboczenia od tego stanu są albo wynikiem błędów zdjęcia, albo wskazują na obecność stanów patologicznych w pęcherzu. Do błędów zdjęcia, które przedewszyst-

---

*) Według odczytu w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

kiem wchodzą w rachubę należy niewystarczające ustalenie badanego objektu. Wszelkie ruchy pęcherza w czasie zdjęcia, zarówno wywołane dowolnie, jak i mimowolnie, dają zatarcie konturów pęcherza i mogą stać się źródłem błędu rozpoznawczego.

Podczas wydalania moczu przybiera pęcherz skutkiem skurczu mięśniówki kształt nieco odmienny. Staje się zupełnie kulisty, tak, że cień jego występuje na obrazie, jako regularne koło. Ruch pęcherza podczas moczenia można dokładniej obserwować w czasie prześwietlenia roentgenologicznego. Roentgenoskopja wypełnionego kontrastowo pęcherza jest bardzo cenną metodą badania i pozwala na uchwycenie szczegółów rozpoznawczych, mogących ujść cystografji. Prześwietlanie pozwala nam dokładniej ocenić czynność pęcherza i poszczególnych odcinków jego ściany podczas aktu moczenia. Jest ono więc metodą kontrolującą działanie mięśniówki pęcherza (cystoradjoskopja).

Pierwszą wielką grupę obrazów patologicznych pęcherza stanowią: przemieszczenia pęcherza.

O fizjologicznych przemieszczeniach wspomnieliśmy, wskazując na różnicę położenia pęcherza u obu płci. U kobiety macica przesuwa pęcherz. Przemieszczenie to potęguje się znacznie, jeżeli macica jest powiększona skutkiem ciąży lub z powodu obecności guzów macicy. Przemieszczenia te połączone są zazwyczaj ze zniekształceniem obrazu pęcherza.

Przy ubytkach kości miednicy opisano przemieszczenie pęcherza w kierunku ubytku kostnego.

Pęcherz może być przemieszczony skutkiem zrostów z otoczeniem n. p. z macicą lub jelitami. Jeżeli kanał pachwinowy jest otwarty, stwierdzamy często, że część pęcherza jest przemieszczona w stronę otwartego kanału pachwinowego. Przemieszczenia te mogą być tak znaczne, że część pęcherza leży w kanale pachwinowym. Stanowi to jak wiadomo, niemiłą niespodziankę dla chirurga podczas zabiegu operacyjnego, zamykającego kanał pachwinowy. Jest więc wskazanem, aby przed każdą operacją przepukliny pachwinowej przekonać się cystograficznie, jaki jest stosunek pęcherza moczowego do kanału przepuklinowego. Szczególnie jest to ważnem w przypadkach, kiedy chory uskarża się na dolegliwości przy oddawaniu moczu.

Do grupy przemieszczeń przez guzy poza-pęcherzowe, zalicza się też przemieszczenia pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego, aczkolwiek obrazy spotykane tu nie są już tylko przemieszczeniami, ale też zniekształceniami pęcherza.

Obraz pęcherza przy *hypertrophia prostatae* charakteryzuje się tem, że dolny biegun pęcherza nie dosięga na typowem zdjęciu przednio-tylnem linji spojenia łonowego, lecz stoi powyżej tej linji, Przytem dolny kontur pęcherza jest spłaszczony. Przesunięcie to może wynosić kilkadziesiąt milimetrów, zależnie od stopnia przerostu gruczołu. Po dokonaniu operacyjnego wyjęcia powiększonego gruczołu krokowego, obraz pęcherza wraca do normy. Jest to dowodem, iż wyżej wymienione zmiany w obrazie cystograficznym zależą od ucisku powiększonego gruczołu. Zresztą zapalny gruczoł krokowy, o ile jest znacznie powiększony, daje podobne obrazy, jak przerost gruczołu krokowego.

Inne zniekształcenie pęcherza spotyka się na jego szczycie. Widuje się łukowate zagięcie obrysów pęcherza ku jego światłu, przyczem wierzchołek pęcherza wygląda wgłębiony. Obraz ten stanowi objaw *inversio vesicae*, które może być różnego stopnia. Niewielkie stopnie *inversionis* przedstawiają się cystograficznie jako pęcherz sercowaty.

Bardzo częste zniekształcenia pęcherza stanowią uchyłki. Cystografja pozwala nam rozróżnić różne stopnie rozwoju uchyłków. Małe uchyłki przejawiają się jako drobne pofałdowanie konturów pęcherza. Fałdy te są nierównej głębokości, lecz ostro zarysowane. Uchyłki takie widzi się w cystoskopie, jako t. zw. pęcherz beleczkowaty.

Większe uchyłki uwidoczniają się jako wyrośle na obrysach pęcherza, usadowione na nim podstawą szerszą lub węższą. Roentgenografja dokładnie umiejscowia uchyłek, pozwala dokładnie określić jego wielkość i oznaczyć, z której ściany pęcherza uchyłek wychodzi. Bardzo wielkie uchyłki mogą dorównywać wielkością samemu pęcherzowi, a nawet go przewyższać. Jeżeli mamy dużo małych, lecz głębokich uchyłków, może powstać obraz pęcherza, przypominający kiść winogronową. Stąd nazwa dla takich obrazów pęcherza gronowego.

Niejednokrotnie pęcherz wykazujący uchyłki ma w typowym obrazie cystograficznym wymiar pionowy znacznie dłuższy od wymiaru poziomego.

Zbędnem jest osobno podkreślać wartość dokładnego umiejscowienia uchyłków pęcherza w urologji. Metoda roentgenourologiczna daje też szereg wiadomości o czynności pęcherza uchyłkowego. I tak stwierdzono, że chory, którego pęcherz posiada wielki uchyłek, wydala podczas oddawania moczu większą lub mniejszą część płynu do uchyłku, zamiast do cewki moczowej.

W stosunku do obrazu cystoskopowego daje obraz roentgenourologiczny rozpoznanie znacznie dokładniejsze gdyż pozwala ocenić wielkość uchyłku, kształt jego ścian i jego położenia.

Inny obraz zniekształcenia napotyka się w przypadkach, gdzie pęcherz ulega zanikowi. Obraz pęcherza wikła się wówczas z obrazem schorzenia, które stanowi przyczynę zmniejszenia się pojemności pęcherza. Pęcherz taki jest na obrazie znacznie mniejszy niż normalnie, a obrysy jego są nieregularne i często zatarte. Rozpoznaje się różne stopnie rozwoju choroby. W przypadkach pęcherza zanikowego (Schrumpfblase) pęcherz może się przedstawiać w obrazie roentgenologicznym, jako niewielka plamka. Kontur tej plamy pozwala jednak ocenić tło chorobowe, na którem doszło do tak znacznego zmniejszenia pojemności pęcherza. Tu należą przypadki, kiedy pęcherz nie utrzymuje nawet 50 cm³ płynu ,tak, że cystoskopja jest praktycznie niemożliwą.

Do najczęstszych przyczyn powstawania pęcherza zanikowego należy gruźlica pęcherza. W obrazie cystograficznym możemy, jako objaw obecności wrzodów gruźliczych, stwierdzić na chorej części ściany pęcherza, zamazanie konturu, który przedstawia się niewyraźnie. Ubytki cienia wypełnionego pęcherza, nieraz wcale znaczne, wskazują miejsca, gdzie ściana pęcherza znajduje się w kontrakturze spastycznej i bliznowatej, jako dowód, że proces chorobowy drąży w warstwie mięsnej. Wrzody drążące w ścianach pęcherza dają ostatecznie jako sumę ubytków, obraz zanikowego pęcherza gruźliczego.

Przy rozpoznaniu różniczkowem gruźlicy pęcherza należy uwzględnić, że podobne obrazy mogą dać też i inne drążące wrzody pęcherza, a także owrzodziałe nowotwory złośliwe pęcherza. Co do wrzodów pęcherza, *cystitis ulcerosa,* trzeba zaznaczyć, że *cystitis simplex* nie daje żadnych zmian w roentgenogramie, choć cystoskopowo stwierdzić można obrzęk śluzówki i ropę w pęcherzu. Także *cystitis ulcerosa simplex nie daje zmian w obrazie.* Jeżeli jednak wrzód drąży głębiej w kierunku mięśniówki, przejawia się jego obecność też w roentgenogramie, jako zatarcie obrysu pęcherza i niewielki ubytek cienia. Stopień zmian stwierdzalnych w obrazie postępuje równolegle z rozległością zmian w pęcherzu.

Co do wrzodów nowotworowych pęcherza, to należy uwzględnić, że nowotwory dobrotliwe pęcherza a w szczególności *papilloma* nie dają zmian w obrazie cystograficznym. Dopiero jeżeli *papilloma* zwyrodnieje i zamienia się na nowotwór złośliwy drążący w ścianę pęcherza, przejawia się jego obecność i w roentgenogramie. Obraz pęcherza wygląda, jakby ostro wyżarty w miejscu usadowienia się nowotworu.

Jak z powyższego widać, rozpoznanie różniczkowe przyczyn ubytku obrazu pęcherza może napotykać na trudności. Ostre obrysy ubytku przemawiają przeciw owrzodzeniu, jako przyczynie zniekształcenia obrazu. Ściślejsze rozpoznanie co do gatunku stwierdzonego owrzodzenia dają tu nieraz dopiero inne sposoby badania przedewszystkiem cystoskopja. Natomiast rozmiary schorzenia określa najwygodniej i najprzejrzyściej cystografja.

Wielką grupę pod względem rozpoznawczym ważnych przypadków stanowią w roentgenologji złogi i ciała obce w pęcherzu. Zwyczajna radjografja daje tu nieraz bardzo ciekawe i użyteczne obrazy. Dzieje się to wówczas, jeżeli złogi lub ciało obce zawiera w sobie substancje ciężkie, dające znaczne kontrasty z otoczeniem. N. p. ciała metaliczne, uwidaczniają się bardzo wyraźnie. Także złogi zawierające dużo soli wapniowych uprzystępniają się stosunkowo łatwo badaniu roentgenologicznemu. Warunki powyższe zdarzają się jednak tylko wyjątkowo. Statystyki dowodzą, że 70% konkrementów pęcherza nie uwidacznia się w zwykłych obrazach roentgenologicznych.

Odsetek rozpoznań powiększa się znacznie przy zastosowaniu pneumocystografji. Widać wówczas na negatywie w ciemnem polu pęcherza napełnionego gazem, jasne plamy, odpowiadające obrazom złogów.

Niejednokrotnie ważnem jest stwierdzić, czy obraz złogów w obrębie miednicy małej odpowiada złogom wewnątrzpęcherzowym, czy też ma się do czynienia z złogiem moczowodowym, względnie z złogami wapnia w innych narządach. I tu należy obok innych sposobów posługiwać się pneumocystografją. Na ogół jednak w normalnym pęcherzu cystoskopja pozostaje najpewniejszym sposobem rozpoznania kamieni pęcherzowych, częstokroć pewniejszym od metod roentgenologicznych.

Oceniając stosunki pęcherza należy uwzględnić fakt, że moczowody w swym ostatnim odcinku przebiegają na pewnej przestrzeni wzdłuż tylnej ściany pęcherza. W normalnych obrazach cystograficznych nie widać tych części moczowodów. Ujścia moczowodów są przy napełnianiu pęcherza zamknięte i nie przepuszczają płynu ani gazu z pęcherza poza *orificia ureterorum.* Natomiast można w niektórych przypadkach obserwować przy cystografji wypełnianie się płynem kontrastowym także jednego lub obu

moczowodów. Przypadki te musimy uważać za patologiczne, a przyczyna w r a c a n i a treści pęcherza do moczowodów musi leżeć w zwiotczeniu ujścia moczowodów. Widywaliśmy przypadki takie przy zaniedbanym przeroście gruczołu krokowego i przy gruźlicy.

Cystitis simplex nie daje, jak powiedzieliśmy, zmian charakterystycznych w roentgenogramie. Dopiero jeżeli zapalenie pęcherza przeszło w stan przewlekły, zaniedbany, i wytworzył się obraz *cystitis trabecularis*, wówczas stwierdza się cystograficznie charakterystyczny obraz pęcherza beleczkowatego.

Specjalnie chcemy podkreślić, że do schorzeń, gdzie badanie roentgenourologiczne daje często wiele charakterystycznych danych, należy też *enuresis nocturna*. Cierpienie to uważa się obecnie za schorzenie mające swe źródło w wadach unerwienia pęcherza. Opierając się przedewszystkiem na stwierdzeniach roentgenologji, że u chorych takich napotykamy bardzo często *rachischizis partialis* w obrębie dolnych kręgów krzyżowych a nawet lędźwiowych, czyli t. zw. *spina bifida*, przyjęto, iż wada rozwojowa dotyczy nietylko szkieletu, lecz obejmuje też i tkankę nerwową ogonowego odcinka ciała. Obserwacje nasze wykazują, iż tylko niektórzy z tych chorych są istotnie dotknięci zmianami typu *spina bifida*. Natomiast spotyka się u chorych takich niejednokrotnie znaczne zmiany w samym pęcherzu. Zmiany te przedstawiają się cystograficznie jako *cystitis chronica trabecularis*. W innych przypadkach stwierdziliśmy cystograficznie nawet przy cystoskopowo normalnym pęcherzu czynnościowe zmiany w błonie mięsnej pęcherza.

Niniejszy krótki szkic naszych obserwacyj przedstawia dowodnie jak wielkie znaczenie posiada celowo przeprowadzone badanie roentgenourologiczne pęcherza moczowego. Tem samem wydaje się usprawiedliwionem żądanie, aby badania tego używać możliwie często. Dalsze spostrzeżenia pozwolą niewątpliwie jeszcze rozszerzyć zakres rozpoznawczy metody roentgenourologicznej.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej pragnąc z jednej strony osiągnąć o ile możliwe, jak najwydatniejszą poprawę języka polskiego na łamach swego czasopisma, i unikać w niem wyrazów obcych, z drugiej zaś strony przyczynić się do zebrania materjału dla wydania nowego słownika lekarskiego polskiego, gdyż dotychczas używany słownik tego rodzaju nie jest już wystarczającym dla dzisiejszych potrzeb wyrazownictwa lekarskiego, zaprowadza z dzisiejszym numerem Polsk. Gazety Lek. nowy dział artykułów pod tytułem „Poradnik językowy".

W dziale tym będą pomieszczane wszelkie uwagi tyczące się błędów językowych, spostrzeżonych tak na łamach naszego czasopisma, jako też tych, które są w powszechnem użyciu, a mogłyby być zastąpione przez wyrazownictwo poprawniejsze i to tak pod względem wymogów języka polskiego, jako też rzeczowym.

Pożądane są dalej dla tego działu naszego tygodnika wszelkie pomysły tyczące się stworzenia wyrazownictwa polskiego dla nowych gałęzi nauk lekarskich, które w Krakowskim Słowniku lekarskim nie mogły być jeszcze uwzględnione.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się zatem z uprzejmą prośbą tak do Wszystkich Miejscowych Komitetów Redakcyjnych, jak i do Ogółu Swych P. T. Czytelników, i Autorów, by zechcieli jak najwydatniej zasilać nowo wprowadzony dział tego czasopisma swemi uwagami i referatami i w ten sposób przyczynić się do oczyszczenia naszego wyrazownictwa z błędów i naleciałości obcych. Dział wspomniany rozpoczynamy uwagami nadesłanemi nam przez Kolegę Sn. Sg. p. t.:

O kilku usterkach językowych częstych w piśmiennictwie lekarskiem.

Węglowodany. To miano jest niezgodne z duchem wyrazownictwa chemicznego polskiego. Prawidłowem jest miano: *wodany węgla;* węglowodany są budowane z niemiecka. Przymiotnik wodanowęglowy nie jest zgoła gorszy od węglowodanowy.

Przed laty czterdziestu zwrócił podpisanemu prof. H. Hoyer (senior) rękopis, przesłany do tygodnika „Wszechświat", z prośbą o przerobienie wszystkich: węglowodanów na: wodany węgla. I uczynił słusznie.

Nowotwór dobrotliwy. Germanizm. Mówić należy o nowotworach złośliwych i *łagodnych*, a nie dobrotliwych (gutartig).

Fakt (odczyn) *„miał (ma) miejsce"*. Rusycyzm. Zamiast tego napotykanego co kroku stereotypowego: „ma miejsce" można i należy mówić: wydarza się, zachodzi, wypada, przytrafia się, bywa, zdarza się.

W słuszność tego nie należy wątpić. Wątpić można o *słuszności*, a wierzyć wolno w słuszność. Błąd stylistyczny spotykany, niestety, nawet u piszących poprawnie po polsku.

Między *dwoma (obydwoma) grupami*. Lepiej, myślę: *dwiema (obiedwiema)* grupami.

Zastrzyknięcie, a nie wulgarny: *zastrzyk*.

Sn. Sg.

OCENY.

Przewodnik informacyjny i zbiór przepisów dla lekarzy i studentów. (Sprawocznik i sbornik receptow dla wraczej i studentow). Nakładem rosyjskim „Wracz". Berlin r. 1926.

Ruchliwa wydawnicza spółka rosyjska „Wracz" w Berlinie wydała świeżo drugim nakładem zbiór przepisów lekarskich w postaci małej książki formatu kieszonkowego. Składa się ona z 24 działów, które uwzględnia się w tego rodzaju wydawnictwach. Niska cena tegoż dziełka spowoduje zapewne udostępnienie najszerszym warstwom świata medycznego.

W. Janusz.

O r l o w s k i P.: *Leczenie rzeżączki u mężczyzn.* Wydanie II-gie. Lipsk. 1927. Nakładem Kurta Kabitzscha.

Ogłaszając nowe wydanie podręcznika o leczeniu rzeżączki u mężczyzn kierował się autor potrzebą zebrania nowych sposobów leczenia ogłaszanych drukiem w różnych czasopismach lekarskich, a nie zawsze dostępnych lekarzowi praktykowi. Autor jednakże nie poprzestaje na przedstawieniu sposobów leczenia ale w osobnych rozdziałach uwzględnia zagadnienia anatomo-patologiczne, biologiczne jak również i sposoby rozpoznawania rzeżączki. Tak naprzykład rozdział poświęcony uretroskopji i rzeżączce przewlekłej oparty jest na szerokiej podstawie zmian anatomo-patologicznych, co przyczynia się w znacznej mierze do jasnego przedstawienia sprawy chorobowej. Omawiając zabiegi wewnątrzcewkowe, uwzględnia tylko t. z. sucha uretroskopję sposoby bowiem irygacyjne endoskopowego badania cewki moczowej uważa za bezcelowe i zbędne dla celów praktycznych. Leczenie rzeżączki cewki moczowej omówione jest w sposób jasny i wyczerpujący przyczem uwzględnione są indywidualne warunki chorego wymagające swoistych zabiegów leczniczych. Sposoby leczenia powikłań rzeżączki opisane są na podstawie najnowszych badań i zapatrywań; również i nowsze sposoby badania cewki moczowej i przydatków, jak metody Pickera i Wolbarsta przedstawia autor wyczerpująco z pewnemi osobistemi zmianami. Nawet leczeniu homeopatycznemu, które dość często stosuje, poświęca osobne wzmianki.

Podręcznik nosi wybitne znamię indywidualności autora tak co do sposobów leczenia jak i co do tłumaczeń pewnych zagadnień biologicznych wskutek czego różnią się jego zapatrywania z zapatrywaniami ogólnie dotychczas przyjętemi. I tak nie zgadza się autor z zapatrywaniami Miecznikowa, Wrighta, Neufelda o znaczeniu fagocytozy w przebiegu rzeżączki cewki moczowej ale sądzi, że dwoinki rzeżączkowe mimo, że nie posiadają własnego ruchu wrastają do protoplazmy ciałek białych, ta bowiem jest lepszą dla nich pożywką niż błona śluzowa; raczej więc należy nazwać dwoinki rzeżączkowe cytofagami, a nie leukocyty fagocytami. Również w sposób indywidualny tłumaczy, autor powstawanie zmian rzeżączkowych w przydatkach bez poprzedniego zajęcia tylnej części cewki moczowej.

Przedstawienie zagadnień o całokształcie leczenia cewki moczowej w sposób wyczerpujący jest znaczną zasługą autora.

F. Walter (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, Rok II, Nr. 12, z 31 grudnia 1926: R o z e n b l u m Z.: O dzieciach anormalnych. — G r o s m a n F.: Zastosowanie elektrody hydrochin-hydromowej do oznaczania PH w płynach ustrojowych. — S a i d m a n M.: O sprawach zastoinowych pęcherzyka żółciowego. — E i s e n f a r b J.: Przypadek zakażenia jelit i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym. — R u t k o w s k i J.: Przedziurawienie samoistne tętnicy udowej w przebiegu nurtującego zapalenia wsierdzia. — A t a p i n J.: O działaniu leczniczem biemogenulu w kile. — F e i g i n M. Podstawowa przemiana materji i jej znaczenie kliniczne (Streszcz. zb. dok.). — E. K r a j e w s k i: Leczenie wapniowe upławów dziewiczych. — S i m o n A.: Kilka uwag o t. zw. typach i zespołach cho-

robowych. — Łuniewski W.: Ustawa o małżeństwie w świetle dezyteratów psychiatrji sądowej. — Dobrowolski Z.: Życiorys i działalność ś. p. Ludwika Guranowskiego. — Szenajch Wł.: Ś. p. Dr. Julian Kramsztyk.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 3, z 16 stycznia 1927: Dr. M. Gatty-Kostyal: O wodnych wyciągach naparstnicy; Chemja środków spożywczych. Zawodowa tajemnica lekarzy, aptekarzy i t. p. — Sprawy zawodowe.

Przemysł chemiczny, Rok XI, Nr. 1. ze stycznia 1927. Miesięcznik poświęcony sprawom Polskiego przemysłu chemicznego, a dedykowany Panu Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej, Profesorowi Drowi h. c. Ignacemu Mościckiemu, Inicjatorowi i Twórcy Chemicznego Instytutu Badawczego z okazji dziesięciolecia istnienia instytucji i przeniesienia jej do nowego gmachu w Warszawie. L. Wasilewski: Prof. Dr. h. c. Ignacy Mościcki, Prezydent Rzeczypospolitej i Jego działalność na polu nauki i przemysłu. — Z. Martynowicz: Chemiczny Instytut Badawczy. — W. Szaynok: Dziesięć lat pracy. — E. Trepka: Uwagi w sprawie Chemicznego Instytutu Badawczego. — W. Świętochowski: Ośrodki pracy naukowej w Stanach Zjednoczonych. — J. Mikułowski-Pomorski: Szkolnictwo zawodowe w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki. — A. Sinicki: W sprawie Polskiego Cukrowniczego Instytutu Badawczego. — Z. Przyrembel i W. Osten-Sacken: Polski przemysł cukrowniczy. — J. Tokarski: Przyczynek do znajomości polskich fosforytów. — W. Vorbrodt: O rozpuszczalności fosforytów polskich w kwasie cytrynowym. — W. Vorbrodt: Wartość nawozowa mączki z fosforytów niezwiskich i mączki z fosforytów lubelskich. — P. Tereszczenko: Mączka z fosforytów niezwiskich jako nawóz fosforowy. — J. Pfanhauser: Badania nad polskiemi fosforytami i możliwością zużytkowania ich w przemyśle i rolnictwie. — W. Dominik: Uwagi o działaniu wirówki gazowej. — J. Zawadzki i T. Kiślański: O otrzymywaniu kwasu azotowego z azotanu amonowego i próbach zastosowania kwaśnego siarczanu amonowego do fabrykacji superfosfatów amonowych. — W. Leśniański i K. Katz: Określenie wartości opałowej gazu ziemnego na podstawie wyników analizy. — S. Pilat i E. Dawidson: O sulfokwasach naftowych. — K. Smoleński: Studja nad otrzymywaniem niektórych produktów chemicznych z etylenu lub gazów technicznych zawierających etylen. — W. Dydajczyk: Rozwój i przyszłość destylacji ropy naftowej w Polsce. — T. Kuczyński: Studjum nad naturalnemi emulsjami ropnemi okręgu borysławsko-tustanowickiego I. — J. Turski, L. Hebdzyński i A. Riedel: Czernie indantrenowe. — W. Kiełbasiński: Rozwój barwnej iluminacji czerni anilinowej. — W. Kączkowski, J. Teperman i S. Żabicki: Budowa włókna bawełny. — K. Kling i L. Suchowiak: Badania chemiczne gazów ziemnych II. Badanie helu w polskich gazach ziemnych. — T. Zamoyski: W sprawie żywotności naszego przemysłu chemicznego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo słowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 11. 1926. Zagrzeb.

Dr. V. Pliverić: *O ostrej zgorzeli trzustki*. Autor operował z dobrym wynikiem dwa przypadki zgorzeli trzustki pierwszy w 40, drugi w 30 godzin po zachorowaniu. W I. znalazł rozległe krwawe infarkty, zgorzele tłuszczowe, wysięk brudno-brunatny. W II. silny obrzęk trzustki, pojedyncze wybroczyny, skąpe ogniska zgorzelinowe. W obu cukromocz i hyperglykemia. W II. bolesny poprzeczny obrzęk w epigastrium. W I. *pericholecystitis*, w II. rozdęcie woreczka żółciowego.

Dr. J. Fleger: *Przyczynek do odczynów surowiczych przy trądzie*. Przy odczynie z wiązaniem komplementu wynik zależy od rodzaju antigenu. Wyciągi z narządów normalnych, wyciągi alkoholowe i holesterynowane okazały się nieprzydatnemi. F. używał wyciągu z śledziony i gruczołów trędowatych, rozcieńczonych do połowy rozczynem fizjologicznym. Otrzymywał wyniki dodatnie przy trądzie guzowym i znieczulającym, podczas gdy kiła dawała wyniki ujemne. Czysty alkoholowy wyciąg ze śledziony dawał wynik dodatni tylko przy trądzie guzowym.

Dr. M. Velićković: *Przypadek ciąży brzusznej, operowany w VII. miesiącu*. Autor zwraca uwagę na objaw Wehnelta: silne bole, parcia na stolec w pierwszym miesiącu. Tłumaczy je wrastaniem kosmków w obręb unerwiony przez *n. pudenti*.

Dr. E. Deutsch i Dr. R. Bauer: *Dwa przypadki pierwotnych wrodzonych zniekształceń kośćca*.

Dr. M. B. Schlesinger: *Przeczulica durowa po pozajelitowem szczepieniu*. Wśród żołnierzy szczepionych w czasie epidemji zachorowało więcej takich, którzy byli szczepieni przed $2^1/_2$ miesiącami, mniej takich, którzy byli szczepieni przed 14 miesiącami. Okres przeczulicy trwa 3 miesiące, poczem dopiero następuje odporność. Nie należy więc szczepić w czasie epidemji.

Dr. J. Thaler: *Historja medycyny w Chorwacji i Slawonji*.

Dr. L. Csaki: *Nowe poglądy na leczenie wrzodu żołądka*.

Sprawozdania, Bibliografia słowiańska. — Sprawy zawodowe, społeczne, Zjazdy. Kronika.

Nr. 12. 1926. Zagrzeb.

Dr. V. Ćavka: *Haemangioma cavernosum orbitae pulsans*.

Dr. O. Günsberger: *Przyczynek do etjologji Uretritis chronica non gorrhoica Waelsch*.

Dr. Z. Kamenković: *Przypadek choroby Hirschprunga* Umiejscowienie na *colon transversum*. Siódmy znany przypadek.

Dr. S. Rechnitzer: *Jaglica w świetle chemji fizykalnej*.

Dr. L. Stein i Dr. G. Farago: *Polyarthritis syphilitica*.

Dr. L. Thaller: *Historja medycyny w Chorwacji i Slawonji*.

Fejleton, Sprawozdania, Bibljografia słowiańska, Sprawy zawodowe i społeczne, Higjena i ubezpieczenie społeczne. Posiedzenia i zjazdy. Kronika.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse méidcale.

Nr. 77.

Loeper, Decourt i Garcin: *O roli nadnerczy w przemianie siarki*. Ilość siarki krążącej w surowicy wynosi normalnie 0·07—0·08 na 100 cm³ surowicy. Stosunek siarki utlenionej do całkowitej ma się jak 80:10.

Badania autorów wykazały ważną rolę nadnerczy w regulacji przemiany siarki. Narząd ten zawiera znaczny odsetek siarki tak w swej substancji rdzennej jak i korowej (8—11‰). Wycięcie nadnerczy u psa wywołuje znaczny wzrost siarki w surowicy (do 0·9%) przyczem zawartość siarki utlenionej zmniejsza się na korzyść siarki obojętnej dosięgającej 66% siarki całkowitej.

Podobne stosunki znajdujemy u chorych z m. *Addisoni* gdzie zawartość siarki w surowicy waha się około 0·2%, a stosunek siarki utlenionej do całkowitej spada na 50:100.

Spostrzeżenia powyższe, jak też badania nad zawartością siarki we krwi tętnic i żył nadnerczowych pozwalają autorom podkreślić rolę nadnerczy jako narządu zatrzymującego i utleniajacego siarkę.

Siarka odgrywa też ważną rolę w powstawaniu barwika zawartego w nadnerczach.

Upośledzenie czynności nadnerczy doprowadza do znacznego podniesienia się zawartości siarki obojętnej w surowicy. Nadmiar ten, wedle autorów, może stanowić przyczynę dla obfitego tworzenia się melaniny, która jest połączeniem tio-aminowem — i doprowadzać w następstwie do typowego zabarwienia skóry.

E. Demarest: *Znaczenie bólów promieniujacych ku klatce piersiowej dla rozpoznania przedziurawionych wrzodów dwunastnicy*. Nagły, przeszywajacy ból i silny skurcz powłok brzusznych są dostateczną wskazówką do rozpoznania perforacji w zakresie przewodu pokarmowego. Często jednak badanie przedmiotowe nie może ustalić miejsca przedziurawienia, a wywiady skąpych tylko użyczają wskazówek. W przypadkach tych może czasem ważną pomocą być umiejscowienie i sposób promieniowania bólów. N. p. bóle promieniujące wzdłuż podstawy klatki ku łopatce prawej lub do obojczyka prawego wskazują na przedziurawienie przedniej powierzchni dwunastnicy jak mógł stwierdzić D. w 3 przypadkach. Bóle te są wyrazem podrażnienia otrzewny w okolicy podwątrobowej podobnie jak w przypadkach spraw zapalnych woreczka żółciowego.

L. Weitzel i L. Martini: *Nawrót meningitis cerebrospinalis po urazie czaszkowym*. Opis przypadku, gdzie w rok po przebyciu ciężkiej i opornej na leczenie surowicą *meningitis cerebrospinalis* wystąpił nawrót pod wpływem urazu w czaszkę ze złamaniem kości nosowych. Pomimo zastosowania dużych dawek surowicy wielowartościowej, sprawa po kilkunastu godzinach zakończyła się zejściem śmiertelnem.

Nr. 78.

S. Monrignaud, P. Bertoye i M. Bernheim: *O wartości rozpoznawczej cienia roentgenowskiego w kształcie hełmu.* Cień roentgenologiczny w kształcie kasku, zajmujący szczyt płuca i sięgający bądź do połowy, bądź do dolnej granicy górnego płatu płucnego jest zjawiskiem spotykanem w przebiegu niektórych schorzeń płucnych u oseska. Zachowanie się tego cienia może być niekiedy ważną wskazówką dla rozpoznawania i rokowania w przypadkach wątpliwych. Najczęściej znajdujemy go przy pneumonji górnego płatu u oseska, gdzie rozwija się z pierwotnego cienia trójkątnego, zajmuje cały szczyt, a po kilku dniach ponownie znika ustępując miejsca pierwotnemu cieniowi.

Pojawienie się w przebiegu sprawy zapalnej górnego płatu trwałego cienia w kształcie kasku jest zjawiskiem prognostycznie złem, występującem przy:

a) sprawach natury gruźliczej,

b) przejściu pneumonji w formę chroniczną,

c) pojawieniu sę w przebiegu pneumonji *„hepatisatio grisea"* dającej u osesków złe rokowanie.

Opis przypadków.

P. Rudaux i G. Durante: *Gastritis callosa congenita.* Opis przypadku *gastritis callosa* u trzydniowego oseska. Zejście śmiertelne skutkiem perforacji. Obecność zmian naczyniowych nasuwa prawdopodobieństwo tła specyficznego sprawy.

E. Géraudel: *Zespół objawów Adams-Stokesa.* Autor poddaje krytyce dotychczasową teorję powstawania zespołu Adams-Stokesa przez zaburzenie przewodnictwa przedsionkowo komorowego.

Wiązka Hissa. o podobnej budowie jak węzeł wpustowy, spełnia też podobną rolę fizjologiczną stanowiąc wraz z siecią Purkinjego aparat łącznikowy pomiędzy układem nerwowym, a mięśniem sercowym. Wszelkie zaburzenia w zakresie tego aparatu, czy to anatomicznej czy czynnościowej natury odbiją się na rytmie komorowym, niezależnie od funkcji przedsionka, wywołując zaburzenia stałe lub napadowe.

W przypadku zespołu Adams-Stokesa chodzi najczęściej o zmiany naczyniowe *(endarteriitis)* w zakresie tętnicy zaopatrującej wiązkę Hissa, które wywołują stałą lub napadowo występującą ischemję wiązki. Warunkiem koniecznym dla powstania charakterystycznego zespołu objawów jest jedynie bradykardja komorowa niezależnie od zachowania się rytmu przedsionków.

G. Delater i R. Hugel: *Ortostatyczna sinica podudzia jako wyraz niewydolności żylnej.* Autorowie tłumaczą powstawanie sinicy skóry podudzia w okolicy kostek lub powyżej (nad górną granicą trzewika), niewydolnością układu żylnego, a zwłaszcza najdrobniejszych jego gałązek. Sinica ta pojawia się zwłaszcza przy staniu, znika w położeniu horyzontalnem i przy uniesieniu kończyny w górę. Jako prawdopodobną przyczynę powstawania tych zaburzeń, uważają autorowie zmniejszoną sprawność mięśniówki żylnej, której przypisują czynny udział w powstawaniu krążenia żylnego. Być może odgrywają tu rolę zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, wywołujące odpowiednie zmiany w napięciu układu wegetatywnego.

Dokładne omówienie fizjologji układu żylnego i jego stosunku do krążenia tętniczego.

G. Ichok: ***Wpływ histaminy na wydzielanie soku żołądkowego.*** Omówienie nowszych prac klinicznych nad zastosowaniem histaminy do badania sprawności wydzielniczej żołądka.

Czeżowska (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internatia Medicina Revuo.

1927, Nr. 1.

1. Dr. Blassberg: *Nasze cele, zadania i drogi działania.*
2. Prof. Radliński: *Zapalenie wyrostka robaczkowego ze stanowiska kliniki chirurgicznej.*
3. Dr. Briquet (Lille): *Promienie pozafiołkowe w leczeniu wyprysku.* Przypadek naprowadził autora do stosowania promieni pozafiołkowych w wyprysku przewlekłym. Angielska nurs dostawała zawsze wyprysk rąk z prania bielizny i kąpania dziecka. Dlatego musiała przy tych czynnościach posługiwać się gumowemi rękawiczkami. Kiedy dziecko zachorowało na skazę kurczową *(spasmophilia)* i z powodu tego było leczone promieniami pozafioletowemi, niańka trzymała je przez dwa miesiące obnażonemi przedramionami przy naświetlaniach. Dziecko wyzdrowiało, ale i nurs mogła od tego czasu prać bieliznę bez nawrotu wyprysku. Korzystając z tego doświadczenia Br. wyleczył promieniami pozafioletowemi 40-sto letniego przemysłowca, który od 14-go roku życia cierpiał na uporczywy wyprysk rąk i twarzy, powtarzający się z najróżnorodniejszych przyczyn i szkód. Wszelkie leczenia lokalne i ogólne, przeprowadzone także dietą, kuracją w Vichy, injekcjami śródżylnemi i t. p. pozostawały bez trwałego skutku. Naświetlania były stosowane na odległość jednego metra począwszy od 2, 4, 6..... do 30 minut na przednią i tylną powierzchnię całego ciała. Już po dwóch tygodniach leczenia polepszenie było wyraźne a po dwóch miesiącach nastąpiło zupełne wyleczenie. W końcu stosowano jeszcze naświetlania rąk przez 10 minut na czem raz krótszc przestrzenie do 20 cm. bez zranienia świetlanego. Wyleczenie już od dłuższego czasu stale się utrzymuje.
4. Prof. Jeanneney: *Przegląd leczenia raka.*
5. Dr. Bischitsky: *Sprawozdanie o kongresie niemieckich roentgenologów w Czechosłowacji.*
6. Dr. Robinson: *„Mekapion", nowy automatycznie kontrolowany miernik dawek roentgenowskich.*

Dr. Fels (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Zeitschrift f. Augenh.

B. 55. 1925.

Prof. Cords: *Masowe występowanie neuralgji ocznej po grypie.* Krótkie silne bóle dotyczą połowy twarzy bez zmian objektywnych. Często gałąź nerwu trójdzielnego nie jest wrażliwa na ucisk. Natomiast jest bolesna i wrażliwa na ucisk skóra twarzy i głowy. Brak gorączki. Zakażenie to występowało masowo i obejmowało całe wsie nad Renem. Przypuszczalne zakażenie przez zarazka *herpes.*

Dr. W. Wick. *Plastyczne wytwarzanie rzęs i brwi.* W przypadkach plastycznie wytworzonych powiek i przy braku rzęs i brwi dokonywał autor przeszczepiania skóry z karku w miejsca, gdzie chciał uzyskać rzęsy lub brwi. Włosy przeszczepionego kawałka skóry wypadają po 2 tygodniach a po 3 lub 4 tygodniach odrastają nowe, które dają odpowiedni efekt.

Prof. Dr. M. Bürger: *Znaczenie insuliny dla okulistyki.* Dotąd są małe widoki uzyskania stałej poprawy zmian na siatkówce i soczewce przy zmianach przewlekłych. Można jednak uzyskać stan aglikosurji i powstrzymać dalszy postęp procesu chorobowego.

Dr. W. Wegner: *Działanie masażu na oczy normalne i przy jaskrze.* Przy kilkakrotnem badaniu tonometrem wartość końcowa ciśnienia wśródocznego nie będzie ta sama. Przez nieznaczny bowiem masaż można ciśnienie wśródgałkowe obniżyć o $^1/_3$—$^1/_2$. Obniżenie się ciśnienia jest przy jaskrze znacznie mniejsze niż u osób normalnych. Ciśnienie wśródoczne zmienia się ze zmianą położenia ciała i to u osób chorych na jaskrę więcej niż u normalnych.

Dr. A. Bär: *Następstwo herpes zoster ophtalmicus.* Jako następstwo może wystąpić *herpes* skóry w okolicy czoła, rogówki, tęczówki i częściowe porażenie mięśnia podnoszącego powiekę i zwieracza źrenicy. Autor opisuje przypadek w którym przyszło do porażenia I. gałązki nerwu trójdzielnego i częściowego porażenia nerwu ruchowego mianowicie zwieracza źrenicy bez porażenia akomodacji prawdopodobnie na tle kiły.

Dr. Kuschel: *Osłabienie konstytucyjne ciała jako moment usposabiający do choroby, zmniejszenie ciśnienia powietrza przyczyną zapaleń pryszczykowych.* Autor rozróżnia cztery typy chorych, mianowicie mięśniowy, płucny biegaczy, brzuszny i mózgowy. Typy te powstają wskutek osłabienia konstytucyjnego ciała przy złem odżywianiu lub przy złych warunkach życiowych. Z jednej strony przychodzi do zwiotczenia elementów elastycznych, rozszerzenia naczyń limfatycznych, powiększenia gruczołów i organów, z drugiej strony do zwiotczenia i rozszerzenia naczyń krwionośnych. Wiadomo jest: że przy wzmożonym ucisku powietrza i przy obniżeniu człowiek normalny doznaje zaburzeń n. p. przy jeździe aeroplanem. Otóż przy osłabieniu konstytucyjnem naczynia przy fizjologicznem ciśnieniu wiotczeją i nie mogą podołać wahaniom fizjologicznym w ciśnieniu krwi, tak, że powstaje kataralne przekrwienie i zapalenie błon śluzowych przy spadku ciśnienia powietrza. Obniżenia nagłe ciepłoty mają ten sam wpływ co obniżenie ciśnienia powietrza. Autor wykazuje to doświadczalnie i w zestawieniach. Zołzy uważa jako schorzenie konstytucyjne. Wypryski na skórze i w drogach oddechowych uważa autor za następstwo obniżenia ciśnienia powietrza i zwiotczenia konstytucyjnego.

Dr. F. Rotter: *O zastosowaniu preparatu adrenalinowego w praktyce.* Autor używał preparatu *„asthmolysin"* do wstrzykiwań podspojówkowych w ilości 0,2 gr. i uzyskiwał obniżenie ciśnienia wśródocznego na przeciąg 48 g. Można zatem używać asthmolisyny jako preparatu adrenalinowego. Dodanie wyciągów z przysadki mózgowej nie ma wpływu na działanie adrenaliny zawartej w preparacie.

Nr. 56.

Dr. Goslich: *Środki zaradcze przed operacją jaskry.* Autor w 19 przypadkach jaskry podawał sól NaCl w ilości 25 gr. rozpuszczoną w 200 cm³ wody *per os* w 1—2 godzin przed operacją. Chory miał wypić sól w przeciągu ¼—¾ g., prócz tego przed operacją zapuszczano pilokarpinę. Ciśnienie we wszystkich przypadkach obniżało się od 7—20 mm. Rozczyny solne można również stosować wśródżylnie. Autor poleca stosowanie *per os*, ponieważ z wielu względów jest praktyczniejsze a działanie pozostaje takie same.

B. 59. 1/2. 1926.

W. Reitsch: *Zwieracze powiek i szpara powiekowa.* Szpara powiekowa u dzieci wygląda inaczej niż u starszych. Z latami zmienia się kącik wewnętrzny powiek. W okolicy dolnego punkcika łzowego tworzy się kąt rozwarty, mięsko łzowe przerasta o połowę, kącik wewnętrzny zawarty między punkcikami łzowemi i więzadełkiem powiek przesuwa się swoim wierzchołkiem o ostrym kącie skośnie w dół, ramiona z poziomych przybierają kształt owalny odpowiednio do odprowadzających kanalików łzowych. Cały kącik wewnętrzny przesuwa się ku stronie nosowej wraz z tarczką, na skórze powstają odpowiednie fałdy poprzeczne. To wszystko wskazuje na to, że nie mięsień okrężny wykonuje ruchy i zamykanie się powiek, lecz mogą to czynić włókienka mięsne ułożone w postaci podkowy, których punkt fiksacyjny leży w wiązadełku powiekowem wewnętrznem. Z całego mechanizmu powiek wynika, że mięsień okrężny odgrywa tylko rolę podrzędną.

Franceschetti: *O obustronnem porażeniu wrodzonem trochlearis i jego stosunku do naprzemiennego zaburzenia w równowadze mięśniowej (hyperphoria).* Towarzyszący zez porażenny, wrodzony wystąpił u babki i wnuczki i charakteryzował się ograniczeniem ruchów gałki w dół przy addukcji odpowiedniego oka i westibularną diwergencją przy pochyleniu głowy. Lewy mięsień skośny górny w obu przypadkach był silniej zajęty niż prawy. Przy patrzeniu wprost występowała naprzemienna hiperphoria, mianowicie oko niefiksujące zwracało się ku górze i wykonywało drgania w kierunku pionowym podobne do *nystagmus* przyczem powieka górna unosiła się ku górze. Przy zasłonięciu fiksującego oka obniżało się drugie. W związku z tem porażeniem wystąpiła objawowa naprzemienna hiperphoria. Objaw ten i drgania pionowe wystąpiły następowo wskutek czynników centralnych.

Seidler: *Doświadczenia trepanacji metodą Sondermanna przy ulcus serpens i innych wrzodach postępujących.* Autor przedstawia 8 przypadków wrzodów, wyleczonych z dobrą bystrością wzroku po wycięciu krążka rogówki w miejscu ubytku trepanem rogówkowym. Przez otwór odpływała ciecz komórkowa a z nią hipopjon. W razie potrzeby można hipopjon usunąć za pomocą pensetki tęczówkowej przez otwór zrobiony trepanem. Na jeden dzień dawano szkiełko zegarkowe i atropinę w substancji do worka spojówkowego. W miejscu otworka wytwarzała się błona fibrynowa po dwóch dniach, do zrostów z tęczówką nie przychodziło. Autor uważa tę metodę za wiele lepszą od przypalania galwanokauterem. *Naróg.*

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XVI. Posiedzenie naukowe w dniu 14 maja 1926 r.

Przewodniczący kol. Grek, obecnych 86 członków.

1. Kol. Lachmund przedstawia a) chorą z rozległym twardym naciekiem powłok brzusznych na wysokości pępka po stronie prawej. Sondowanie 2 przetok wydzielających skąpą ilość gęstej ropy wykazało obecność ciała obcego. Po nacięciu nacieku stwierdzono w głębi przetok 2 wielkie kamienie żółciowe. Po usunięciu kamieni przetoki szybko zagoiły się.

Samoistne zewnętrzne przetoki żółciowe, wobec wczesnego chirurgicznego leczenia ropnych spraw woreczka żółciowego przy kamicy, należą dziś do rzadkości, podczas gdy dawniej wedle zestawienia Caurovisiera (169 przypadków) zdarzały się częściej.

b) Chorą, u której wystąpiły nagle objawy charakterystyczne *dla ataku kolki żółciowej* wśród ogólnego ciężkiego stanu wysokiej gorączki — napięcia powłok brzusznych oraz bólu umiejscowionego w podżebrzu prawem. Badanie moczu wykonane przed operacją nie wykazało zmian patologicznych.

Operacja (Prof. Ostrowski). Otwarto jamę brzuszną cięciem pararektalnem prawem, przyczem stwierdzono brak zmian chorobowych w zakresie dróg żółciowych — natomiast zrosty na tylnej otrzewnej ściennej w okolicy *flex. hepatica coli* wzbudziły podejrzenie kamicy nerkowej. Wobec tego dodatkowem cięciem poprzecznem ku lędźwiom (odpowiadającem cięciu Bazy) odsłonięto pr. nerkę, przyczem po nacięciu miedniczki wyjęto kamień wielkości fasoli. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. L. omawia trudności diagnostyczne przy nietypowych objawach kamicy nerkowej, w okresie wczesnym, gdy kamienie znajdują się w warunkach aseptycznych w nerce nie dają zmian w moczu.

c) Chorego operowanego *z powodu mięsaka klatki piersiowej* (prof. Dr. Ostrowski). Guz wielkości główki dziecka wychodzący z VI żebra po str. prawej większą swoją częścią mieścił się wewnątrz klatki piersiowej, przechodząc na płuco. Operacja polegała na wycięciu nowotworu wraz z 3 żebrami oraz partją płuca bez otwarcia wolnej jamy opłucnowej. Zrosty opłucnej z otoczenia guza występujące zwykle przy sprawach nowotworowych chronią dostatecznie przy operacji od powstania odmy piersiowej bez użycia aparatów. W razie otwarcia jamy opłucnowej wystarcza zupełnie przyszycie płuca, które w przypadkach operowanych na oddziele chirurgicznym usunęło doskonale objawy przejściowej odmy.

W dyskusji kol. Ruff zaznacza, że przed 2 laty operował przypadek ropnia klatki piersiowej. Po otwarciu jamy opłucnowej znalazł na dnie leżący kamień wielkości jaja; był to kamień niewątpliwie pochodzenia żółciowego. Chory obecnie — po 2 latach — ma się zupełnie dobrze, bez operacji woreczka żółciowego.

Kol. Laskownicki omawia operacje nowotworów z opłucnej.

2. Prof. Dr. Weigl wygłosił: *O istocie zarazka duru osutkowego"* (całość ukaże się w druku).

Dr. Kazimierz Tyszka, sekretarz doroczny.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. med. JÓZEF OPALSKI, 1864—1926.

W dniu 5 grudnia 1926 zmarł nagle ś. p. kol. Józef Opalski w Olkuszu, gdzie praktykował z górą lat 33. Urodzony w Końskich w roku 1864, gimnazjum ukończył w Radomiu, wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w roku 1890. Zaraz po ukończeniu medycyny przygotowywał się do praktyki prowincjonalnej na oddziałach szpitalnych głównie na oddziele chirurgicznym Dr. Władysława Stankiewicza w szpitalu ewengielickim w Warszawie, jednocześnie pracował w gabinecie patologji ogólnej Uniwersytetu. Na krótko tylko wyjechał do gub. Niżegorodzkiej na walkę z cholerą. Po powrocie z Rosji osiadł na stałe w Olkuszu z początku w charakterze lekarza szpitala powiatowego, później lekarza powiatu, wreszcie lekarza gimnazjalnego i Kasy chorych. Człowiek kryształowy, prawy, sprawiedliwy zyskał sobie uznanie całego społeczeństwa .Głęboko zawsze odczuwał cierpienie ludzkie, na każde zawołanie do ostatnich chwil życia stał wytrwale na ciężkim posterunku, nigdy nie odmawiając swej pomocy. Cichy, skromny, bezinteresowny, nie goniący za uznaniem, pełnił swój ciężki obowiązek. Prócz pracy zawodowej gorąco zajmował się i pracą społeczną: był prezesem Banku spółdzielczego w Olkuszu, radnym miejskim i członkiem wielu instytucyj kulturalno-społecznych. Na każdem stanowisku traktował swój obowiązek poważnie, z całem oddaniem się, to też życie swe sterał w ciężkim trudzie, a wyczerpany organizm runął pod brzemieniem nadmiernych wysiłków. Wzniośle spędzone życie niech będzie przykładem dla młodych kolegów, ta cześć zaś, jaką pozostawił wśród ludzi, niech będzie chociaż słabą pociechą dla pozostałej zbolałej Rodziny. Cześć Jego zacnej pamięci!

Dr. Stefan Buchowiecki (Olkusz).

LISTY DO REDAKCJI.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Oddział w Radomiu.

Do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.

Upraszamy o umieszczenie w poczytnem piśmie następującego komunikatu:

„Ostrzegamy Kolegów przed przyjmowaniem posad w Radomskiej Kasie Chorych, które to posady z powodu zatargu Zarządu Kasy Chorych z miejscowymi lekarzami są pod bojkotem.

Dotychczas następujący lekarze, depcząc zasady solidarności koleżeńskiej przyjęli posady w tejże Kasie Chorych dając ku zgorszeniu publicznemu widowisko jak najniższej konkurencji zawodowej, wobec czego podajemy ich nazwiska pod pręgirz opinji Kolegów": Dr. Stanisław Kelles-Kraus, Dr. Piotr Metera, Dr. Witold Pakowski, Dr. Jakób Purec, Dr. Albert Perlman, Dr. Adam Lebküchler, Dr. Leon Cwibak, Dr. Marjan Zalewski, Dr. Stefan Wroński.

Z poważaniem

Dr. Ehrlich, sekretarz. *Dr. Olewiński*, przew.

OD REDAKCJI.

Bezpłatny dodatek miesięczny do Polskiej Gazety Lekarskiej p. t. „Praktyka Lekarska“.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej pragnąc wszechstronnie zadowolić Wszystkich Swych P. T. Czytelników rozpoczyna w najbliższym czasie wydawanie miesięcznego dodatku p. t.: „Praktyka Lekarska“ bez podwyższania obecnej ceny prenumeraty.

Dodatki te będą raz w miesiącu dołączane do numerów Polskiej Gazety Lekarskiej o zwykłej dotychczasowej objętości.

Każdy dodatek tego rodzaju będzie wydany w formie 8-ki i będzie opatrzony osobną numeracją stronic, tak, że po upływie roku kalendarzowego zebrane z całego roku dodatki będą stanowić osobną książkę.

Na treść tych dodatków składać się będą krótkie artykuliki podające treściwie praktyczne wskazówki lecznicze, rady, wyniki ostatnich postępów leczniczych z zakresu wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej, krótkie zapiski lecznicze, a wreszcie zwięzłe odpowiedzi na postawione przez P. T. Czytelników pytania i kwestje.

Tem samem staną się dodatki wspomniane cennym podręcznikiem dla lekarzy praktycznych, a szczególnie dla lekarzy na prowincji osiadłych, którzy nie mają często ani czasu, ani sposobności do czytania obszerniejszych dzieł, a często nawet i artykułów naukowych w naszem czasopiśmie ogłaszanych.

Do opracowywania artykułów, które się mają pojawiać w tych dodatkach uprosiła redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej pierwszorzędne siły naukowe ze wszystkich wchodzących tu w grę dziedzin medycyny i wobec tego żywi pełną nadzieję, że przedsięwzięcie, jakiego się w ten sposób świeżo podejmuje, odpowie w zupełności temu zadaniu, dla jakiego zostaje podjęte.

Wszystkich chętnych P. T. Kolegów zaprasza się przy tem do czynnej współpracy.

OD REDAKCJI.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca niniejszem uwagę P. T. Czytelników na zapoczątkowany na stronicy 116 nowy dział artykułów p. t.: Poradnik językowy“.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Komunikat Nr. I-szy Komitetu Gospodarczego I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich. Komitet Gospodarczy I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich, podaje do wiadomości, że zgodnie z uchwałą delegatów lekarzy słowiańskich, powziętą w Belgradzie we wrześniu 1926 r., I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbędzie się w Warszawie dnia 26, 27, 28, 29 maja 1927 r. Jako tematy naukowo-społeczne Zjazdu postawiono następujące zagadnienia: 1. Scleroma (Twardziel) na ziemiach słowiańskich. 2. Szczepienie ochronne i akcja zapobiegawcza przeciw szkarlatynie. 3. Najwłaściwsze formy i metody administracji zdrowia na ziemiach słowiańskich. Opracowania pierwszego tematu łaskawie podjął się Prof. Dr. Teofil Zalewski (Lwów). Opracowaniem drugiego tematu, zajęli się: Prof. Dr. M. Michałowicz i Doc. Dr. Szenajch. Temat trzeci referować będzie Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. Dr. Cz. Wroczyński. Przewidziane są wycieczki w różne okolice kraju. Komunikując o powyższem Komitet Gospodarczy prosi gorąco o jaknajliczniejszy udział Kolegów w Zjeździe. Ze wzgledu na konieczność zarezerwowania odpowiedniej liczby mieszkań oraz inne szczegóły organizacyjne prosimy o nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa członków i liczby osób im towarzyszących (żony, córki), do dnia 1 marca 1927 r. Odpowiedź prosimy nadsyłać pod następującym adresem: Dr. med. Wacław Kowalski — Warszawa, Nowogrodzka Nr. 10.

Pamiętnik XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Komitet Organizacyjny XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich (który się odbył w r. 1925 w Warszawie) rozesłał w tych dniach pamiętnik do uczestników Zjazdu, którzy wnieśli swego czasu pełne opłaty (30 zł.). Dwa tomy pamiętnika obejmują razem 840 stron druku. Ponieważ wiele przesyłek wraca z poczty z powodu wadliwych adresów i t. p. i ponieważ w najbliższym czasie agendy XII. Zjazdu zostaną całkowicie zlikwidowane, uprasza się kierować bez zwłoki wszelkie reklamacje do komitetu: ul. Chałubińskiego 5, w Warszawie.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 26 b. m. o 8,15 wiecz. posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: I. Demonstracje chorych z Kliniki dermatolog. Prof. Waltera. II. Demonstracje chorych z Oddz. V. Szpit. św. Łazarza, prymarjusza Dra Dyboskiego. III. Dr. Medyński: „Wrażenia z podróży do Rosji“.

Lwów.

Walne Zgromadzenie Lwowskiego Tow. lek., wybrało w dniu 21 stycznia 1925 nowy Zarząd w następującym składzie: Przewodniczący: kol. Ziembicki Witold. — Zastępca przewodniczącego: kol. Bocheński Kazimierz. — Sekretarz doroczny: kol. Grabowski Witold. — Sekretarz generalny: kol. Grek Jan. — Gospodarz: kol. Sabatowski Antoni. — Przewodniczący Komitetu budowy domu: kol. Rencki Roman. — Przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej: kol. Kuhn Adolf. — Redaktorzy Polskiej Gazety Lekarskiej: kol. Domaszewicz Aleksander, i kol. Nowicki Witold. — Komisja redakcyjna: kol. Bednarski Adam, Bocheński Kazimierz, Dobrzański Antoni, Groer Franciszek, Gruca Adam, Koskowski Włodzimierz, Lenartowicz Jan, Pisek Wilhelm, Rothfeld Jakób, Sochański Henryk, Ziembicki Witold. — Rada Zawiadowcza Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Rencki Roman, Świtalski Mieczysław. — Delegaci na Walne Zgrom. Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Bocheński Kazimierz, Grek Jan, Kmietowicz Franciszek, Lipski Kazimierz, Mączewski Stanisław, Mikołajski Szczepan, Ostrowski Tadeusz, Pohorecki Andrzej, Ruff Salomon, Sabatowski Antoni, Sołowij Adam, Zabłocki Stanisław, Ziembicki Witold, Zieliński Ignacy. — Zastępcy: kol. Bühn Stanisław, Duczymińska Stanisława, Fels Izrael, Ostrowski Stanisław, Sochański Henryk, Tyszka Kazimierz, Zaorski Bronisław. — Komisja rewizyjna: kol. Kwiatkiewicz Stanisław, Zaorski Bronisław.

Łódź.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dn. 5 stycznia r. b. dokonano wyboru Zarządu Towarzystwa. Wybrani zostali: Prezes: kol. T. Załęski, Wiceprezes: kol. Sew. Sterling, Sekretarz I.: kol. H. Rueger, Bibljotekarz I.: kol. Z. Prechner, Skarbnik kol. T. Mogilnicki, Sekretarz II.: kol. Tenenbaum, Bibljotekarz II.: kol. M. Kocen. Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani: koledzy: I. Perlis, F.Skusiewicz i H. Rejterowski. Dr. Seweryn Sterling, wieloletni Prezes Towarzystwa, zrzekł się piastowania w dalszym ciągu tego stanowiska.

Redakcja otrzymała:

Kurt Klare: Anleitung f. die Behandlung der Kindlichen Tuberkulose in der allgemeinen Praxis. Nakł. Curt Kabitsch. Lipsk. 1922.

Paul-Orlowski: Die Behandlung der Gonorrhöe des Mannes. Nakł. Curt Kabitsch. Lipsk. 1927.

Otto Seifert: Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der Medizin. Band IV. Heft 6. Neue Folge. Curt Kabitsch. Lipsk.

J. Polak: Gospodarka sanitarna Samorządów Polskich na podstawie zamknięcia rachunkowego za r. 1924. Nakładem Biura ekspertów sanitarnych przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Dr. Ivan Golosmanoff: Les services d'hygiène publique. Société de nations. Organisation d'hygiène. C. H. 489.

Dr. Maciąg: Une complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac. Odbitka z Bulletin de l'Academie de Médecine. Tom XCVI, Nr. 36. 9. Novembre 1926.

Polski kalendarz lekarski 1927. Rocznik II. Nakładem Księg. Nowości we Lwowie.

Biuletyn Nr. 2. Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z grudnia 1926 r.

Laboratorja Przemysłowo-Handlowych Zakładów Chemicznych Ludwik Spiess i Syn. Sp. Akc. w Warszawie. Sprawozdanie z działalności za rok 1925.

Dwunastolecie Laboratorjum Analityczno-Towaroznawczego. Przem. Handl. Zakł. Chem. Ludwik Spiess i Syn. Sp. Akc. w Warszawie.

Société des nations, C. H. 428. Organisation d'hygiène, Manuels de statistiques démographiques officielles des Pays Scandinaves et des Républiques Baltes. Genève. 1926.

M. Chiray et J. Lebon: Les insuffisances pancréatiques. Nakł. Medecine et chirurgie pratique. Wyd. Masson et Cie Paris.

Georges Guillain, Guy Laroche et P. Lechelle. Technique de la réaction du Benjoin colloidal. Wyd. Masson et Cie Paris.